

**Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –
psychotherapie**

Direktorin: Frau Prof. Dr. med. Katja Becker

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg
GmbH, Standort Marburg

**Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen in einer
kinder- und jugendpsychiatrischen
Inanspruchnahmepopulation**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

Dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Andrea Morisset

aus Salzkotten

Marburg 2010

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
am: 14.10.2010

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

<u>Dekan:</u>	Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund
<u>Referent:</u>	Herr Prof. Dr. phil. Fritz Mattejat
<u>Korreferent:</u>	Herr PD Dr. med. S. Gebhardt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Theoretischer Teil	8
2.1 Überblick über die emotional instabile Persönlichkeitsstörung	8
2.2 Zur Verwendung der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter.....	24
2.3 Aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen.....	27
3. Ziele und Hypothesen.....	34
4. Methodik und Stichprobenbeschreibung	37
4.1 Auswertung der Basisdokumentationsdaten.....	37
4.2 Auswertung der Krankenakten	41
4.3 Stichprobenbeschreibung.....	42
5. Ergebnisse	45
5.1 Hypothesenüberprüfung: Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen	45
5.2 Explorative Untersuchung: Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen	50
5.3 Differenzierte Beschreibung der untersuchten Inanspruchnahme- population von Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeits- störung auf der Basis einer Auswertung von Krankenakten	66
6. Diskussion	73
6.1 Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung.....	73
6.2 Ergebnisse der explorativen Untersuchung	76

6.3 Ergebnisse der Auswertung der Krankenakten.....	82
6.4 Kritik und Grenzen	87
7. Zusammenfassung	89
8. Literaturverzeichnis	91
9. Anhang	101
9.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation, Basis- dokumentation (3. Auflage, 1.1.1992).....	101
9.2 Gemeinsame Basisdokumentation kinder- und jugend- psychiatrischer Universitätskliniken (Endversion 2/98).....	124
9.3 Auswertungsblatt für Krankengeschichten.....	132
9.4 Instruktionen zur Bearbeitung des „Auswertungsblatts für Krankengeschichten“	135
10. Verzeichnis der akademischen Lehrer	141
11. Danksagung	142

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BPD	<i>Borderline Personality Disorder</i>
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DGJKP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Krankheiten („ <i>Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders</i> “)
EIP	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten („ <i>International Classification of Diseases</i> “)
ID	Identifikationsnummer
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
MRI	<i>Magnetic Resonance Imaging</i>
PET	Positronenemissionstomographie
PS	Persönlichkeitsstörung
SK	Fallnummer
SPSS	<i>Superior Performing Software Systems</i>
Stand.-Abw.	Standardabweichung
Tab.	Tabelle
v.a.	vor allem
vs.	versus
ZNS	Zentralnervensystem

1. Einleitung

Der Begriff „Borderline“ beruht bereits auf einer längeren Geschichte, in der die Begrifflichkeiten und das Störungsverständnis steten Veränderungen unterlagen (Bohus, 2002). Er bezeichnet eine unscharfe „Grenzlinie“ am Übergang zwischen Psychose und Neurose, basierend auf einem psychoanalytischen Grundverständnis nach Freud. Geprägt wurde der Begriff „Borderline“ 1938 von Adolf Stern (Bohus, 2002). Jedoch sind sich bis heute die einzelnen therapeutischen Schulen uneinig, wie die Definition von „Borderline“ genau lautet.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich der Begriff „Borderline“ seit fast 60 Jahren und wurde zuerst in den Arbeiten von Geleerd (1947, 1953), Ekstein & Wallerstein (1954) und Rosenfeld & Sprince (1963) beschrieben (Diepold, 1992).

Seit dieser Zeit sind extensive Forschungsbemühungen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) im Erwachsenenalter zu verzeichnen, so dass die BPS heute im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstörungen als die am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Störung im Erwachsenenalter gilt (Brunner et al., 2003).

1980 wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung in das amerikanische Klassifikationssystem „Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Krankheiten, DSM-III“ aufgenommen und erschien auch als eine Subgruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (EIP) in der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision).

Im Kontrast zu den Forschungsbemühungen im Erwachsenenalter stehen die Forschungsergebnisse zur BPS in der Adoleszenz: hier liegen bisher nur sehr eingeschränkte Ergebnisse vor (Brunner et al., 2003). Ein wichtiger Grund für diesen Mangel an Studien ist sicherlich die Unsicherheit und die Zweifel bezüglich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter.

So gibt es eine größere Zahl von Original- und Übersichtsarbeiten, die sich mit der Diagnostizierbarkeit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung in dieser Altersgruppe (Brunner et al., 2003; Adam & Peters, 2003; Streeck-Fischer, 2000) und der Stabilität dieser Diagnose über mehrere Jahre (Grilo et al., 2001; Johnson et al., 2000; Meijer et al., 1998; Mattanah et al., 1995; Garnet et al., 1994; Bernstein et al., 1993) beschäftigen. Ebenso ist die Anwendbarkeit der Diagnosekriterien aus der Erwachsenenpsychiatrie auf

jugendliche Patienten (Westen et al., 2003; Bradley et al., 2005; Becker et al., 2002; Ludolph et al., 1990) eine häufig untersuchte Frage.

In der Forschung über die emotional instabile Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kinder und Jugendlichen werden oft nur einzelne, zuweilen sehr spezielle Punkte dieser Störung näher beleuchtet, ohne dass eine umfassende Übersicht über Prävalenz, Alters- und Geschlechtsverteilung und den Verlauf dieses Krankheitsbildes gegeben wird. Während für das Erwachsenenalter ausführliche Übersichtsarbeiten über die wichtigen Aspekte der BPS vorliegen (Trull et al., 2003; Lieb et al., 2004; Paris, 2005a), sucht man diese Übersichtsarbeiten bezogen auf Jugendliche – mit Ausnahme einer Arbeit von Brunner et al. (2003) - vergeblich.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, auf der Basis eines in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg durchgeführten Evaluationsprojektes eine komplette Inanspruchnahmepopulation von PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Zeitraum von 1992 bis 2002 detailliert zu beschreiben und eine Reihe von Hypothesen über den Zusammenhang dieser Persönlichkeitsstörung und anderen Merkmalen, wie dem familiären Hintergrund oder komorbide Symptome, zu überprüfen.

2. Theoretischer Teil

Um einen umfassenden Überblick über den Forschungsstand bezüglich der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung zu geben, wird zunächst von dieser Störung im Erwachsenenalter berichtet, da hier eine Vielzahl von Erkenntnissen vorliegt. In diesem Teil der Arbeit werden noch beide Begriffe für dieses Störungsbild verwendet, da in der Forschung häufiger die DSM-IV-Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung als die ICD-10-Kriterien für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung verwendet werden. Im Ergebnis- und Diskussionsteil wird dann jedoch vor allem der Begriff „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ verwendet, da in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsklinik Marburg Diagnosen nur nach der ICD-10 vergeben werden.

Im Anschluss an den allgemeinen Überblick wird speziell auf die EIP/BPS im Kindes- und Jugendalter eingegangen: Zunächst findet die Frage, ob eine solche Persönlichkeitsstörung überhaupt in dieser Altersgruppe diagnostiziert werden darf, Beachtung, danach wird über den aktuellen Forschungsstand bezüglich der EIP/BPS im Kindes- und Jugendalter berichtet.

2.1 Überblick über die emotional instabile Persönlichkeitsstörung

2.1.1 Definition

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist eine Untergruppe der acht spezifischen Persönlichkeitsstörungen, die die ICD-10 klassifiziert. Allen diesen Persönlichkeitsstörungen ist gemein, dass sie tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster sind, die sich über Jahre stabil in den unterschiedlichsten persönlichen und sozialen Lebenslagen manifestieren. Sie führen gehäuft zu subjektivem Leid und einer Einschränkung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung wird in zwei weitere Subtypen unterteilt: den impulsiven Typ (F60.30) und den Borderline-Typ (F60.31). Beide sind gekennzeichnet durch impulsive Verhaltensweisen und emotionale Instabilität. Während bei dem impulsiven Typ gewalttätiges und bedrohliches Verhalten im

Vordergrund steht, ist der Borderline-Typ zusätzlich zur Impulsivität und emotionalen Instabilität durch eine Identitätsstörung und Instabilität in der Beziehungsgestaltung charakterisiert.

Aufgrund des Entwicklungsaspekts der Persönlichkeit in Kindheit und Adoleszenz darf die Diagnose in dieser Zeit nur mit großer Zurückhaltung gestellt werden und gilt nach ICD-10 als „wahrscheinlich unangemessen“. (Dilling et al., 2000; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003; Herpertz & Wenning, 2003)

2.1.2 Klassifikationssysteme

Während die ICD-10 die emotional instabile Persönlichkeitsstörung in die zwei Untergruppen impulsiver und Borderline-Typ unterteilt, nennt das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV nur die Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Trotzdem ähneln sich die diagnostischen Kriterien beider Klassifikationssysteme sehr.

Die diagnostischen Kriterien im Vergleich:

Tab. 2.1: Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung

	ICD-10		DSM-IV
1.	Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie <ul style="list-style-type: none"> - Affektivität - Antrieb - Impulskontrolle - Wahrnehmung - Denken - Beziehung zu anderen 	A.	Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren), - Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen), - Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen - Impulskontrolle
2.	Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.	E.	Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
3.	Das auffällige Verhalten ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.	B.	Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
4.	Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.	D.	Das Muster ist stabil und langandauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
5.	Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.	C.	Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
6.	Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.		
7.	Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen.	F.	Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Tab. 2.2: Diagnostische Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung

	ICD-10		DSM-IV
1.	deutliche Neigung, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln	4.	Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“) Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2.	wechselnde, instabile Stimmung	6.	Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
3.	Die Fähigkeit vor auszuplanen ist gering.		
4.	Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblen Verhalten führen.	8.	Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
5.	Gewalttätiges und explosives Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.		
6.	Störungen und Unsicherheiten über das Selbstbild, Ziele und die „inneren Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen)	3.	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
7.	Chronisches Gefühl innerer Leere.	7.	Chronische Gefühle von Leere.
8.	Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen.	2.	Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Tab. 2.2: Diagnostische Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung (Fortsetzung)

	ICD-10		DSM-IV
9.	übermäßige Anstrengungen, nicht verlassen zu werden	1.	Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzende Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
10.	Suiziddrohungen und selbstschädigende Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).	5.	Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
		9.	Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Laut ICD-10 müssen zur Vergabe der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ drei der ersten sechs allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörung erfüllt sein, das Kriterium 7 muss immer erfüllt sein. Die Diagnose des impulsiven Typs wird gestellt, wenn das Kriterium 2 sowie mindesten drei der Kriterien 1-5 der speziellen diagnostischen Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erfüllt sind. Für die Diagnose des Borderline-Typs müssen zwei der Kriterien 1-5 und weitere drei der Kriterien 6-10 zutreffend sein (Dilling et al., 2000; Herpertz & Wenning, 2003).

Das DSM-IV fordert für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung die Erfüllung sämtlicher allgemeiner Kriterien sowie für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die zusätzliche Erfüllung von mindestens fünf der speziellen diagnostischen Kriterien (Saß et al., 2003).

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen ICD-10 und DSM-IV ist die multiaxiale Beurteilung psychischer Krankheiten, deren Sinn in beiden Klassifikationen eine umfassende Betrachtung des Patienten ist. Im DSM-IV werden die fünf Achsen (I) Klinische Syndrome, (II) Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen, (III) Körperliche Störungen und Zustände, (IV) Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren und (V) Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus separat verschlüsselt. Die ICD-10 ist hingegen nur in der Kinder-

und Jugendpsychiatrie durch ein multiaxiales Klassifikationsschema erweitert worden, das die Achsen (I) Klinisch-psychiatrisches Syndrom, (II) Umschriebene Entwicklungsrückstände, (III) Intelligenzniveau, (IV) Körperliche Symptomatik und (V) Abnorme psychosoziale Umstände enthält. Auffällig ist hierbei, dass im DSM-IV die Persönlichkeitsstörungen separat auf der zweiten Achse verschlüsselt werden, während im ICD-10 die Persönlichkeitsstörungen gemeinsam mit allen anderen psychiatrischen Diagnosen (außer den Entwicklungsrückständen) auf der ersten Achse kodiert werden (Remschmidt et al., 1994).

2.1.3 Epidemiologie

Etwa 5-10% der Allgemeinbevölkerung leiden unter einer Persönlichkeitsstörung, in psychiatrischen Populationen sind mehr als 50% der PatientInnen betroffen (Tress et al., 2002). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann mit einer Prävalenz von 1,5-2,0% der Allgemeinbevölkerung angegeben werden (Lieb et al., 2004; Torgersen et al., 2001; Tress et al., 2002). Unter psychiatrischen PatientInnen ist ihr Anteil wesentlich höher: So kann die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei 8-11% der ambulant behandelten (Widiger & Weissman, 1991) und bei 14-20% der stationär behandelten (Modestin et al., 1983) psychiatrischen PatientInnen gestellt werden. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kann gehäuft bei PatientInnen mit Essstörungen sowie in Suchtpopulationen beobachtet werden (Herpertz & Wenning, 2003). Der impulsive Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung wird hingegen wesentlich seltener diagnostiziert: In unausgesuchtem psychiatrischen Patientengut wird seine Prävalenz mit ca. 4,5% angegeben. Dieser Subtypus wird gehäuft unter Straftätern und Suchtpatienten beobachtet (Herpertz & Wenning, 2003). 80% der Borderline-Patienten in psychiatrischen Kliniken sind weiblich, während bei Männern der impulsive Typ vorherrscht (Skodol et al., 2002). In Feldstudien ist die Geschlechtsdifferenz unter Borderline-Patienten jedoch geringer ausgeprägt (etwa 60% Frauen und 40% Männer (Torgersen et al., 2001)).

Bei Kindern und Jugendlichen liegen bislang kaum verlässliche Zahlen zur Epidemiologie vor. In einer Längsschnittuntersuchung von 733 zufällig aus einer Bevölkerungsstichprobe ausgewählten Jugendlichen fand sich in der Altersklasse von 9-19 Jahren eine Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung von 11%, in der Altersklasse von 11-21 Jahren lag die Prävalenz bei 7-8%, wobei mehr Mädchen als Jungen betroffen waren (Bernstein et al., 1993).

2.1.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen ist sehr komplex mit mehreren Einflussfaktoren. Die einzelnen Therapieschulen haben sehr unterschiedliche Konzepte zur Entstehung einer Persönlichkeitsstörung entwickelt. So ist eine der zentralen Fragen, ob Persönlichkeitsstörungen „angeboren“ oder „erworben“ sind bzw. inwieweit diese beiden Faktoren zusammenspielen.

Biologische Faktoren:

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine deutliche familiäre Häufung nachweisbar, wie anhand einer Zwillingsstudie nachgewiesen werden konnte (Torgersen et al., 2000). So ist von einem starken genetischen Einfluss auszugehen.

Einige Autoren gehen auch von einer primären affektiven Vulnerabilität aus (Linehan & Hart, 1993; Silk, 2000), die sich in einer erhöhten Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, einer verstärkten Affektintensität sowie einer Verzögerung der Emotionsrückbildung ausdrückt und in Verbindung mit einer pathologischen Beziehungsgeschichte und mangelhaften Lernerfahrungen zur Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen kann. Diese Annahmen konnten auch experimentell bestätigt werden (Herpertz et al., 1997a).

Von Läsionsstudien ausgehend und heute durch die Fortschritte in der Bildgebung immer mehr verfeinert, können umschriebenen Hirnschädigungen und einzelnen Funktionsstörungen in kortikalen Regelkreisen ganz definierte Leistungseinbußen zugeordnet werden (Lis et al., 2007). So konnte bei Borderline-PatientInnen in PET-Studien ein Hypometabolismus im präfrontalen Kortex nachgewiesen werden (de la Fuente et al., 1997; Soloff et al., 2000). In MRI-Untersuchungen fand sich in einer Studie eine frontale Volumenreduktion (Lyoo et al., 1998), weitere Studien verwiesen auf ein vermindertes Volumen von Hippocampus und Amygdala (Driessen et al., 2000; Schmahl et al., 2003; Tebartz van Elst et al., 2003). Mittels funktioneller Magnetresonanztomographie konnte bei Borderline-PatientInnen eine erhöhte Aktivierung der Amygdala auf negative emotionale Stimuli im Vergleich zu Kontrollen gezeigt werden (Herpertz et al., 2001), sowie eine erhöhte Aktivität der linken Amygdala als Antwort auf die mimische Darstellung von negativen Emotionen (Donegan et al., 2003). Aufgrund solcher Ergebnisse von Bildgebungsstudien kann eine Störung des thalamo-amygdalo-kortikalen Regelkreises bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert werden (Herpertz, 2003).

Auch Störungen in Transmittersystemen scheinen ein grundlegender Faktor bei der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu sein. So konnte bei Patienten mit autoaggressivem Verhalten und erhöhter Impulsivität - wie es auch bei der BPS zutrifft - eine reduzierte serotonerge Aktivität im ZNS nachgewiesen werden (Simeon et al., 1992; Herpertz et al., 1997b). Die Forschung bezüglich weiterer Transmittersysteme, wie dem noradrenergen, cholinergen und opioiden System, steht erst am Anfang (Herpertz, 2003).

Für die Ätiologie des impulsiven Typs der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung werden v.a. biologische Faktoren verantwortlich gemacht. Dabei wird in erster Linie von frontalen Hirnschädigungen ausgegangen, die sich in selbststeuernden, selbstkontrollierenden Funktionsstörungen zeigen (Herpertz & Wenning, 2003).

Psychosoziale Faktoren:

Borderline-PatientInnen berichten oft über eine Lebensgeschichte, die von schwerwiegenden Traumata geprägt ist, v.a. in der Kindheit. So konnten folgende Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung empirisch nachgewiesen werden: Weibliches Geschlecht, sexueller Missbrauch durch männliche Nicht-Bezugspersonen, emotionale Vernachlässigung durch eine männliche Bezugsperson und inkonsistente Behandlung durch eine weibliche Bezugsperson (Zanarini et al., 1997). Gleichzeitig muss aber auch betont werden, dass sexueller Missbrauch für die Entwicklung einer BPS weder eine notwendige noch eine hinreichende Voraussetzung ist. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) geben als eine mögliche Ursache einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung eine gestörte familiäre Interaktion mit mangelnder Wärme in den familiären Beziehungen, unberechenbarem und feindseligem Erziehungsverhalten, frühen Trennungserfahrungen, Erfahrungen von körperlicher Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch sowie psychischen Auffälligkeiten in der Familie (z.B. schizophrene und affektive Störungen, Störungen der Impulskontrolle, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Dissozialität) an.

Für den impulsiven Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind bislang noch keine spezifischen psychosozialen Faktoren herausgearbeitet worden, da sich

empirische Studien zumeist auf das DSM-IV beziehen und in dieser Klassifikation der impulsive Typ nicht vorkommt (Herpertz & Wenning, 2003).

2.1.5 Symptomatologie

Die Symptomatik, die PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung zeigen, ist weitgefächert.

Martin Bohus gliedert die Symptomatik des Borderline-Typs in fünf Problembereiche (Bohus, 2002):

Problembereich Affektregulation

Störungen der Affektregulation stehen im Zentrum der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie sind geprägt durch starkes Reagieren auf bereits schwache emotionale Reize, durch ein hohes Erregungsniveau und durch ein verlangsamtes Rückkehren zum Ausgangsniveau. In diesen Erregungsphasen können die Patienten oft nicht mehr die Qualität ihrer Affekte differenzieren, das heißt, ob sie nun wütend, traurig, verzweifelt, ängstlich etc. sind, sich schämen oder schuldig fühlen. Dieses Gefühlschaos kann in aversive Spannungszustände münden, die mehrmals täglich auftreten können und als äußerst quälend erlebt werden (Stiglmayr et al., 2001). Die Dauer und Intensität dieser Spannungszustände korrelieren positiv mit dissoziativen Phänomenen, die in psychologische (Derealisation und Depersonalisation) und somatoforme (Analgesie, Bewegungslosigkeit) Subtypen unterteilt werden können. Diese dissoziativen Phänomene stehen ebenfalls in einem engen Zusammenhang mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, die im „Problembereich Verhaltensebene“ näher erläutert werden. Weiterhin ist es für Borderline-PatientInnen charakteristisch, dass sie starken Gefühls- und Stimmungsschwankungen unterliegen und so mit großer Geschwindigkeit zwischen Gefühlen wie Niedergeschlagenheit und Angst hin und her „oszillieren“ (Koenigsberg et al., 2002). Borderline-PatientInnen können aber auch Phasen der „emotionalen Taubheit“ (Bohus, 2002), also des vollständigen Fehlens von Gefühlsregungen, erleben, die ebenso wie die aversiven Spannungszustände als äußerst peinigend empfunden werden.

Problembereich Selbst und Selbstbild

Eine tiefe Unsicherheit bezüglich des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung ist ein weiteres zentrales Symptom von Borderline-PatientInnen. Dieses Merkmal kann sich

in einem quälenden Gefühl der Inkohärenz, in mangelnder Zukunftsorientierung und Lebensplanung und in Aspekten der Geschlechtsidentität manifestieren (Herpertz & Wenning, 2003). Zudem findet sich bei Borderline-PatientInnen eine deutlich negativere Einschätzung ihrer Körperkonzepte als bei Vergleichsgruppen mit BulimiepatientInnen und gesunden Kontrollen (Haaf et al., 2001).

Problembereich psychosoziale Integration

Ein weiteres Charakteristikum von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind „Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz“ (Bohus 2002, S. 7). Auf der einen Seite haben sie eine große Angst, verlassen zu werden und verwechseln oft schon die rein körperliche Abwesenheit einer Bezugsperson mit manifester Verlassenheit. Auf der anderen Seite führt eine intensive Bindung sogleich zu der Sorge, Autonomie und Unabhängigkeit zu verlieren. Die Folge sind sehr instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit häufigen Wechseln zwischen Trennungs- und Wiederannäherungsprozessen (Herpertz & Wenning, 2003). Darüber hinaus wird bei Borderline-PatientInnen eine „passive Aktivität“ (Bohus 2002, S. 8) beschrieben: Sie demonstrieren Hilflosigkeit und Leid, um Unterstützung zu erlangen und Kontakte aufzunehmen, was aber oft die Konsequenz hat, dass wichtige Sozialkontakte überansprucht werden.

Problembereich kognitive Funktionsfähigkeit

Wie im Problembereich Affektregulation bereits beschrieben, leidet ein großer Teil der Borderline-PatientInnen unter dissoziativen Phänomenen (Stiglmayr et al., 2001). Hinzu kommen psychotische und psychosenahe Symptome (Zanarini et al., 1990). Dabei kann zwischen drei verschiedenen *Level* von kognitiven Symptomen unterschieden werden: erstens nicht-psychotische Merkmale, wie überwertige Ideen und übertriebener Argwohn; zweitens pseudopsychotische Symptome, das heißt, dass der Patient/die Patientin sich darüber im Klaren ist, gerade zu halluzinieren, dieses also als ich-dyston erlebt; drittens ich-syntone Halluzinationen, die zwei Tage und länger anhalten können. Außerdem berichten Borderline-PatientInnen von *Flashbacks*, das heißt szenisches Wiedererleben von traumatisierenden Ereignissen, die vom Patienten als real erlebt werden, obwohl er weiß, dass es sich um Wiederholungen der Vergangenheit handelt (Bohus, 2002).

Problembereich Verhaltensebene

Ein sehr auffälliges Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist selbstverletzendes Verhalten. Dieses kann sich sehr vielfältig manifestieren: oberflächliche Schnittverletzungen, Verbrennungen (z.B. durch Zigaretten), Verbrühungen und Verätzungen, *headbanging* (Schlagen des Schädels gegen eine harte Fläche) und Stichwunden (Bohus, 2002). Diese Selbstverletzungen stehen in einem engen Zusammenhang mit aversiven Spannungszuständen, wie sie im Problembereich Affektregulation beschrieben sind. Selbstverletzungen werden eingesetzt, um diese quälenden Spannungszustände zu lindern (Herpertz & Wenning, 2003) und ein „tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit“ (Bohus 2002, S. 9) zu erfahren. Auch Hochrisikoverhalten wie rasantes Autofahren und häufige Komorbiditäten mit Essstörungen und Substanzabusus können in diesen Zusammenhang eingeordnet werden. Da die Patientin/der Patient durch dieses maladaptive Verhalten ihre/seine peinigende Situation beenden kann, kommt es im lerntheoretischen Sinne einer negativen Verstärkung zur Habituation und Generalisierung dieses selbstdestruktiven Vorgehens (Herpertz & Wenning, 2003; Bohus, 2002).

2.1.6 Diagnostik

Ebenso wie die Symptomatik der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist auch die Diagnostik sehr komplex.

Grundsätzlich stehen der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen neben der Anamneseerhebung, klinischen Beobachtung und Untersuchung folgende Instrumente zur Verfügung: Selbstbeurteilungsfragebögen, Checklisten, strukturierte und standardisierte Interviews (Bronisch, 2003).

Ein wesentliches Diagnostikinstrument ist das IPDE (*International Personality Disorder Examination*; Loranger et al., 1994), ein semistrukturiertes klinisches Interview, das sowohl die Diagnosekriterien der ICD-10 als auch des DSM-IV berücksichtigt. Ein weiteres semistrukturiertes Interview, das allerdings spezifisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, ist das DIB/DIB-R (Diagnostisches Interview für Borderline-Syndrome, revidierte Fassung, Gunderson et al., 1981; Zanarini et al., 1989). Eine Kombination aus semistrukturiertem klinischen Interview und Selbstbeurteilungsfragebogen stellt das SCID II (*Structured Clinical Interview for DSM-III Disorders Axis II*, Spitzer et al., 1992) dar. Zwei reine

Selbstbeurteilungsfragebögen sind der *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ, Hyler & Rieder, 1987) und der Borderline-SyndromIndex (Conte et al., 1980), letzterer borderline-spezifisch. Die Borderline-Symptom-Liste (BSL, Bohus et al., 2001) zählt zu den Checklisten, die besonders zur Erfassung des Schweregrades der Störung und Therapie-Verlaufskontrolle geeignet ist. Von ihr liegt nun auch eine Kurzversion (BSL-23) vor, in der die ursprünglich 95 Items auf 23 reduziert wurden (Bohus et al., 2009).

Die Leitlinien „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik“ legen ihren Schwerpunkt bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen auf eine ausführliche biographische Anamnese, die Erhebung des aktuellen psychopathologischen Befundes, eine allgemeinmedizinisch-neurologische Untersuchung zum Ausschluss einer hirnorganischen Störung, einer psychodynamischen Diagnostik und einer Sozialanamnese. Fragebögen sind für sie erst von nachrangiger Bedeutung (SCID II), ebenso sind psychologische Test- und Leistungsdiagnostik nur Einzelfällen vorbehalten (Tress et al., 2002).

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP, 2007) geben ein ähnliches Vorgehen an: Nach einer allgemeinen Anamnese, die mit Eltern und Jugendlichen getrennt durchgeführt werden sollte, werden in einer speziellen Anamnese einzelne Kriterien des betreffenden Subtyps und die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte exploriert. Neben einer allgemeinen Test- und Leistungsdiagnostik können im Anschluss auch fakultativ spezifische Diagnostik in Form strukturierte Interviewverfahren oder Fragebögen zur Selbstbeurteilung (DGKJP, 2007) durchgeführt werden. Hier werden ausdrücklich folgende Tests genannt: IPDE, SCID-P, MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), *Personality Disorder Questionnaire*, Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), Rorschach-Test, Thematischer Apperzeptionstest. Weiterhin ist es wichtig, Persönlichkeitsstörungen von akuten und chronischen psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinn, Residualsyndromen sowie psychischen Störungen aufgrund hirnorganischer Veränderungen abzugrenzen.

Zur weiterführenden Diagnostik bei Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ sollten zusätzlich zu strukturierten Interviews auch Impulsivitätsfragebögen wie die Barratt-Impulsivitäts-Skala (Barratt, 1985) oder der *Impulsiveness Questionnaire* (Eysenck et al., 1985) eingesetzt werden. Darüber hinaus ist die differentialdiagnostische Abklärung gegenüber ADHS anhand

bekannter ADHS-Diagnostikinstrumente wie der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP, Zimmermann & Fimm, 1995) sinnvoll (Herpertz & Wenning, 2003).

2.1.7 Differentialdiagnostik und Komorbidität

Eine wichtige Differentialdiagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die posttraumatische Belastungsstörung, die aber auch als Komorbidität der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auftreten kann. Desweiteren ist eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastungen abzugrenzen (Herpertz & Wenning, 2003), genauso wie dissoziative Störungen und rezidivierende affektive und bipolare Störungen (Tress et al., 2002).

Beim impulsiven Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung muss differentialdiagnostisch an eine adulte Aufmerksamkeitsstörung, organische Persönlichkeitsveränderungen, z.B. nach Frontalhirnschädigung, und auch an eine Minderbegabung gedacht werden (Herpertz & Wenning, 2003).

Ein großer Teil der PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen zusätzliche psychische Störungen und Komorbiditäten auf. So werden gehäuft ausgeprägte Schlafstörungen (ca. 50%), Angststörungen (Lebenszeitprävalenz ca. 90%) und depressive Störungen (Lebenszeitprävalenz ca. 90%) beobachtet (Bohus, 2002). Unter den depressiven Störungen finden sich Major-Depressionen (Lebenszeitprävalenz 41-83%) ebenso wie Bipolarität (Lebenszeitprävalenz ca. 10-20%). Substanzabusus (Lebenszeitprävalenz 64-66%), Essstörungen (Lebenszeitprävalenz ca. 29-53%), Posttraumatische Belastungsstörungen (Lebenszeitprävalenz ca. 46-56%) und soziale Phobie (Lebenszeitprävalenz ca. 23-47%) sind weitere oft diagnostizierte Komorbiditäten (Oldham et al., 1995; Zanarini et al., 1998; Zimmermann & Mattia, 1999; McGlashan et al., 2000; Bohus & Schmahl, 2007).

Viele Borderline-PatientInnen erfüllen auch gleichzeitig die Kriterien anderer Persönlichkeitsstörungen. Dabei stehen die dependente, die ängstlich-vermeidende, die passiv-aggressive (nur im DSM klassifiziert), die paranoide, die antisoziale und die histrionische Persönlichkeitsstörung im Vordergrund (Bohus, 2002; Bohus & Schmahl, 2007).

2.1.8 Therapie

Ein Großteil der PatientInnen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, erkennen selbst ihre Behandlungsbedürftigkeit (Herpertz & Wenning, 2003). Dabei ist schon die Diagnose dieser Störung eine Behandlungsindikation (Bohus, 2002). Unspezifische Behandlungsansätze, das sog. „*Treatment-as-usual*“ (TAU), haben sich als ungenügend für eine erfolgreiche Therapie erwiesen (Tucker et al., 1987), so dass die großen Therapieschulen borderline-spezifische Behandlungsansätze entwickelt haben. Sie stimmen darin überein, dass sie einen sehr strukturierten Behandlungsablauf mit konkreten, hierarchisch geordneten Therapiezielen vorgeben. Paris (2009) merkt an, dass die Behandlungsstrategien solange insuffizient bleiben werden, bis die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung umfassender geklärt ist. Er fordert, dass die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung multidimensional sein muss, wenn von einer multidimensionalen Ätiologie dieser Störung ausgegangen wird.

Laut Bohus & Schmahl (2007) liegen derzeit vier manualisierte störungsspezifische Psychotherapieverfahren vor, nämlich die „Dialektisch Behaviorale Therapie“ (DBT) von M. Linehan, die „*Mentalization Based Therapy*“ (MBT), von A. Bateman und P. Fonagy konzipiert, die von J. Young entwickelte „*Schema Focused Therapy*“ sowie die „*Transference-Focused-Psychotherapy*“ (TFP) von O. Kernberg. In einer Metaanalyse zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Manuale kommen Binks et al. (2006) jedoch zu dem Schluss, dass alle Therapien derzeit noch experimentell sind und es bislang zu wenige und zu kleine Studien gibt, um die Wirksamkeit zu belegen.

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

Diese kognitiv-behaviorale Therapieform wurde von Marsha Linehan zur speziellen ambulanten Behandlung von chronisch suizidalen PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Neben den verhaltenstherapeutischen Methoden integriert dieses Therapiemanual eine Vielzahl weiterer Methoden, wie Gestalt- und Körpertherapie oder fernöstliche Meditationstechniken. Hauptziele der DBT sind neben Motivationsförderung und Ressourcenaktivierung die Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten („*Skills*“) (Fleischhaker et al., 2005). Dazu setzt sich die DBT aus vier Modulen zusammen (Bohus, 2002): (I) Einzeltherapie über zwei Jahre mit ein bis zwei Therapiesitzungen pro Woche, (II) Fertigkeitentraining in der Gruppe zur Erweiterung der störungsspezifischen Kompetenz, (III) Telefonberatung zur Lösung

akuter, evtl. lebensbedrohlicher Krisen, (IV) wöchentliche Supervisionsgruppe für die Therapeuten. Der Ablauf der Therapie ist sehr strukturiert, orientiert sich aber an Verhaltensmustern, die die Patientin/der Patient zeigt. So steht zu Beginn der Behandlung der Abbau von suizidalem Verhalten im Vordergrund, gefolgt von dem Abbau von therapiegefährdenden Handlungsmustern. Erst im Anschluss geht es um die Thematisierung von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen (Herpertz & Wenning, 2003). Inzwischen liegen randomisierte, kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit der DBT empirisch belegen (Lieb et al., 2004).

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (*Transference-Focused-Psychotherapy*, TFP)

Diese Therapieform beruht auf der psychodynamischen Theorie und geht davon aus, dass „die Schwierigkeiten des Patienten als im Hier und Jetzt erfolgte unbewusste Wiederholungen von pathologischen, internalisierten Beziehungen aus der Vergangenheit zu verstehen sind“ (Herpertz & Wenning, 2003, S. 91). In der Therapie sollen diese Beziehungsmuster zusammen mit den zugehörigen Affekten in der therapeutischen Beziehung wiederbelebt und dadurch verändert werden. Ein Schwerpunkt wird demnach in die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung gelegt. Hier liegt ebenfalls ein Therapiemanual vor.

Schulenübergreifende Ansätze

Verschiedene Therapiekonzepte können auch kombiniert werden. So bietet es sich vor allem im stationären Rahmen an, in frühen Therapieabschnitten zunächst verhaltenstherapeutisch vorzugehen und in einer späteren Phase prägende Erlebnisse und Erfahrungen der bisherigen Lebensgeschichte, einem psychodynamischen Ansatz folgend, aufzuarbeiten (Herpertz & Wenning, 2003), um eine integriertere und adaptiertere Ich-Struktur oder Identität zu erlangen (Livesley, 2005).

Pharmakotherapie

Viele PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nehmen eine Vielzahl von Medikamenten ein. Dabei weisen placebo-kontrollierte Studien darauf hin, dass die Pharmakotherapie der Borderline-Störung erfolgreich eingesetzt werden kann, um bestimmte Zielsymptome, wie Affektdysregulation oder Impulsivität, zu bessern

(Lieb et al., 2004). So werden Neuroleptika zur Beeinflussung kognitiver Wahrnehmungsstörungen (*cognitive-perceptual symptoms*) (Lieb et al., 2004), aber auch zur Minderung impulsiver Symptome (Paris, 2005b) eingesetzt. Selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer werden benutzt, um Stimmungsstörungen, aber auch Zorn und impulsive Symptome positiv zu beeinflussen, und sollen in hohen Dosen auch Auswirkungen auf selbstverletzendes Verhalten haben (Paris, 2005b). Andere Antidepressiva wie Trizyklika und Monoaminoxidasehemmer haben Nebenwirkungen und bergen eine potentielle Lebensgefahr bei Überdosierung (Paris, 2005b). Die Ergebnisse bezüglich der Effektivität von sogenannten „*Mood Stabilizers*“ wie Carbamazepin und Valproat sind gemischt (Lieb et al., 2004), eine kontrollierte Studie mit Lithium-Ionen konnte eine Effektivität nicht nachweisen (Paris, 2005b). Insgesamt lässt sich im Hinblick auf *Mood-Stabilizer* sagen, dass sie Impulsivität und Aggression mehr beeinflussen als die Stimmung (Paris, 2005b). Eine andere Studie deutet auf eine Effektivität von Omega-3-Fettsäuren bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung hin (Zanarini & Frankenburg, 2003a).

Insgesamt lässt sich sagen, dass einige Medikamente zwar einzelne Symptome verbessern, keines aber zu einer kompletten Remission der BPS führt (Paris, 2005b; Paris 2009). Laut Paris (2009) ist es nicht sinnvoll, mehr als eine Substanz zu verschreiben.

2.1.9 Verlauf und Prognose

Lange Zeit galten Persönlichkeitsstörungen als über die Zeit konstant und eine Therapie als nicht erfolgsversprechend. Neuere Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen jedoch, dass sich die Symptome im Verlauf von Jahren bessern können (Zanarini et al., 2003b; Paris & Zweig-Frank, 2001). So konnten Zanarini und Mitarbeiter in einer prospektiven Follow-up-Studie über sechs Jahre zeigen, dass nach sechs Jahren bei etwa 75% der 290 untersuchten Borderline-PatientInnen die Diagnose nicht mehr nachweisbar war. Etwa 6% der PatientInnen erlitten einen Rückfall. Bei den einzelnen borderline-typischen Symptomen war zu beobachten, dass die affektive Dysregulation das stabilste Merkmal war, während bei der Impulsivität der schnellste Rückgang zu verzeichnen war. In einer Follow-up-Studie über 27 Jahre zeigte Paris, dass nach diesem Zeitraum nur noch fünf der ursprünglich 64 Borderline-PatientInnen die Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung

erfüllten. Gleichzeitig konnte er in dieser Kohorte eine Suizidalitätsrate von 10,3% nachweisen (Paris & Zweig-Frank, 2001). Brodsky und Mitarbeiter beziffern diese Rate auf 3-9%. Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden Impulsivität, kindlicher Missbrauch, höheres Lebensalter, Depressionen und komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörungen genannt (Brodsky et al., 1997; Soloff et al., 1994), während Alkohol- oder Drogenmissbrauch nicht als Risikofaktor nachgewiesen werden konnten. Aber auch die Anzahl der bisher unternommenen Suizidversuche (Soloff et al., 1994) und Selbstverletzungsverhalten gelten als mögliche Vorzeichen eines Suizidversuchs.

Zur Prognose von PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung lassen sich sowohl positive als auch negative Faktoren unterscheiden: Mit einer besseren Prognose sind hohe Intelligenz, Attraktivität, künstlerische Talente und begleitende Züge einer anankastischen Persönlichkeit assoziiert, während sich begleitende antisoziale und schizotypische Züge, Suchtverhalten, Impulsivität, elterliche Gewalt und sexueller Missbrauch in der Lebensgeschichte negativ auf die Prognose auswirken (Stone, 1993). Insbesondere erhöhen ein Drogen- und/oder Alkoholabusus das Risiko einer Chronifizierung erheblich (Bohus & Schmahl, 2007).

Paris (2009) beschließt jedoch seinen aktuellen Therapieüberblick mit der Aussage, dass die Prognose für PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr viel hoffnungsvoller ist, als noch vor Jahren angenommen. Nichtsdestotrotz ist eine Fortsetzung der intensiven Forschung bezüglich der Ätiologie und der daraus resultierenden Therapieansätze erforderlich.

2.2 Zur Verwendung der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

Die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter ist umstritten.

Laut ICD-10 treten Persönlichkeitsstörungen zwar häufig zum ersten Mal in der Kindheit oder Jugend auf, doch liegt die endgültige Manifestation im Erwachsenenalter, so dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem 16. oder 17. Lebensjahr als „wahrscheinlich unangemessen“ gilt (Dilling et al., 2000). Die DSM-IV ist hinsichtlich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes-

und Jugendalter weniger strikt als die ICD-10, jedoch auch sehr vorsichtig: Sie hält die Diagnosestellung in dieser Altersgruppe den „ungewöhnlichen“ Fällen vorbehalten, bei denen maladaptive Persönlichkeitszüge persistierend und nicht auf bestimmte Entwicklungsphasen oder Episoden von Achse-I-Störungen begrenzt erscheinen. Die einzelnen Symptome der Persönlichkeitsstörung müssen bereits ein Jahr vorliegen, bevor eine Diagnose gestellt werden darf (Saß et al., 2003).

Es sind vor allem diese über Jahre andauernden und rigiden Verhaltensmuster, die für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen gefordert werden, die Fachleute daran zweifeln lassen, dass bei Kindern und Jugendlichen eine solche Störung diagnostizierbar ist. In dieser Altersgruppe kann nicht davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitszüge bereits voll entwickelt und stabil sind. Zumindest bis zum Ende der Adoleszenz muss damit gerechnet werden, dass sich die Persönlichkeit noch gravierend ändern kann (Adam & Peters, 2003). Daher bevorzugen Adam und Peters den Begriff „Persönlichkeitsentwicklungsstörung“, um „dem Entwicklungsaspekt von Persönlichkeit besser Rechnung zu tragen“ (Adam & Peters, 2003, S. 45).

Auch Brunner et al. (2003) zweifeln daran, dass die diagnostischen Kriterien der ICD-10 und der DSM-IV, die für das Erwachsenenalter gelten, „ohne die Berücksichtigung der entwicklungsbedingten Besonderheiten“ auf Jugendliche übertragen werden können (Brunner et al., 2003, S. 7). Sie sehen einen „Mangel an adäquaten Konzeptualisierungen von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter an sich“ (Brunner et al., 2003, S. 2) und monieren, dass alternative Vorschläge zur Bildung diagnostischer Kriterien speziell für Jugendliche, wie sie von Westen et al. (2003) erarbeitet worden sind, bislang kaum zur Kenntnis genommen worden sind.

Vor diesem Hintergrund ist auch zu sehen, dass Studien zu Persönlichkeitsstörungen (insbesondere BPS) bei Jugendlichen oft hohe Prävalenzraten ermitteln: diese Studien basieren meist auf den diagnostischen Kriterien für Erwachsene und die hohen Prävalenzraten sind laut Trull et al. (2003) als Ausdruck von Schwierigkeiten zu betrachten, adoleszentäre Charakteristiken von Borderline-Charakteristiken zu unterscheiden. So sind Identitätsunsicherheiten, affektive Labilität oder Probleme beim Aufbau von Partnerschaftsbeziehungen in einem gewissen Umfang im Jugendalter physiologisch.

Studien konnten zeigen, dass Persönlichkeitsstörungen, insbesondere auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung, im Jugendalter reliabel (zuverlässig) zu diagnostizieren sind (Ludolph et al., 1990; Westen et al., 1990; Pinto et al., 1996;

Levy et al., 1999). Levy et al. konnten ebenfalls nachweisen, dass die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter eine konkurrente Validität besitzt (Levy et al., 1999), auch wenn es ihr laut Becker et al. im Vergleich zu erwachsenen PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen an diskrimanter Validität und interner Konsistenz mangelt (Becker et al., 1999). In ihrer Übersichtsarbeit über die Konstruktvalidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen merken Bondurant et al. (2004) an, dass diese zwar in vielen Studien nachgewiesen werden konnte, jugendliche im Vergleich zu erwachsenen Borderline-PatientInnen jedoch eine breitere Palette von Komorbiditäten und eine Kriterienüberlappung mit anderen Persönlichkeitsstörungen aufweisen. So scheint die Diagnose einer BPS bei Jugendlichen diffuser zu sein als bei Erwachsenen. Die DSM-IV vermerkt bereits, dass bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Störung bis ins Erwachsenenalter anhält (Saß et al., 2003). Studien sowohl an klinischen als auch an nicht-klinischen Stichproben zeigen auf, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Jugendalter nur eine geringe Stabilität aufweisen (Bondurant et al., 2004). In einer Studie von Garnet et al. (1994) an einer klinischen Stichprobe von 21 jugendlichen BPS-PatientInnen zeigten nur 7 (33%) der PatientInnen zwei Jahre nach der Krankenhausentlassung weiterhin das Bild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei Mattanah et al. (1995) war nur bei 7 (23%) der 30 jugendlichen BPS- PatientInnen diese Diagnose nach zwei Jahren noch feststellbar. In einer Studie an einer nicht-klinischen Stichprobe von Bernstein et al. (1993) stellte sich heraus, dass nur 29% der Jugendlichen, die die Diagnose einer BPS erhalten hatten, auch zwei Jahre später noch die Diagnosekriterien erfüllten. Johnson et al. (2000) hingegen kamen in ihrer epidemiologischen Studie an 816 Jugendlichen zu dem Ergebnis, dass Jugendliche im Alter zwischen 12 und 14 Jahren eine vergleichbare Zwei-Jahres-Stabilität der Persönlichkeitsstörungsdiagnose haben wie Erwachsene. Gleichzeitig stellte sich eine signifikante Abnahme von gestörten Persönlichkeitszügen zwischen der frühen Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter dar, was laut Johnson et al. auf Sozialisations- und Reifungsprozessen beruhen kann. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen im jungen Erwachsenenalter zu pathologischen Persönlichkeitszügen neigen (Johnson et al., 2000). Winograd et al. (2008) konnten nachweisen, dass Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung, die ein höheres Maß an Borderline-Symptomen zeigen, nach 20 Jahren über eine geringere

soziale Funktion, eine niedrigere Lebenszufriedenheit sowie eine schlechtere akademische Ausbildung verfügen als Jugendliche mit einem geringeren Maß an Borderline-Symptomen.

Ein weiteres Argument, das gegen die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter spricht, ist, dass mit einer solchen Diagnose eine „Etikettierung“ oder „Stigmatisierung“ des Jugendlichen, im Sinne „einer quasi unabänderlichen charakterlichen Prägung“, die „wenig Hoffnung für Veränderung und insbesondere auch für Entwicklungsaussichten und soziale Integration aufkommen lässt“ (Adam & Peters, 2003, S. 47) erfolgen kann.

Auf der anderen Seite fordern jedoch sowohl ICD-10 als auch DSM-IV erste Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stellen zu können. Auch viele Ursachenmodelle für Persönlichkeitsstörungen gehen davon aus, dass der Beginn dieser Störungsbilder bereits in der Kindheit liegt (Adam & Peters, 2003).

Trotz all dieser Unsicherheiten und Gegenargumente fordern Fachleute die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen auch bei Jugendlichen als „klinische Notwendigkeit“ (Brunner et al., 2003, S. 11), für eine, wie Adam und Peters es formulieren, „frühzeitige, individuell angepasste und problemspezifische Hilfemaßnahme“ (Adam & Peters, 2003, S. 47), damit nicht „am Kern des Problems vorbeibehandelt“ wird (Adam & Peters, 2003, S. 51). Dabei sind sich die verschiedenen Autoren (Brunner et al., 2003; Herpertz-Dahlmann, 2003; Adam & Peters, 2003; Bürgin & Meng, 2000; Miller et al., 2008) einig, dass die Diagnose sehr sorgfältig zu stellen ist und umsichtig interpretiert werden muss, z.B. im Sinne einer „Arbeitshypothese“, die jederzeit revidiert werden kann (Adam & Peters, 2003). Um die Validität der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter jedoch zu stärken, fordern Brunner et al. (2003) eine Anpassung der derzeit verwendeten Diagnosekriterien an diese Altersgruppe.

2.3 Aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als diagnostische Einheit des DSM-IV und als eine Subgruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung der ICD-10 gilt heute

als die am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Störung im Erwachsenenalter. Im Kontrast zu den Forschungsbemühungen im Erwachsenenalter stehen die Forschungsergebnisse zur BPS in der Adoleszenz: hier liegen bisher nur sehr eingeschränkte Ergebnisse vor (Brunner et al., 2003).

Übersichtsarbeiten

In der Forschung über die BPS im Kindes- und Jugendalter werden oft nur einzelne, zuweilen sehr spezielle Punkte dieser Störung näher beleuchtet, ohne dass umfassende Übersichtsarbeiten, die sich auf eine Vielzahl von Aspekten dieser Störung beziehen, vorliegen. Eine Ausnahme bildet die Arbeit von Brunner et al. (2003), die die aktuelle Forschungsliteratur mit Schwerpunkt auf die Anwendbarkeit der diagnostischen Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz darstellt.

Prävalenz

Zur Prävalenz in klinischen Inanspruchnahmepopulationen liegen bis auf eine Arbeit von Braun-Scharm (1996), in der die Prävalenz einer BPS bei kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen mit ungefähr 2% angegeben wird, und eine Arbeit von Brunner et al. (2001), die bei 19,9% der zur Hälfte stationären und zur Hälfte tagesklinischen Patienten im Jugendalter eine Borderline-Störung eruieren konnten, nur drei US-amerikanische und eine kanadische Arbeit mit weit höheren Prävalenzen zwischen 42 und 53% vor (Becker et al., 2002 und 2000; Grilo et al., 1996; Zelkowitz et al., 2004). Letztere Prävalenzraten scheinen nicht auf eine deutsche kinder- und jugendpsychiatrische Klinik mit regionalem Versorgungsauftrag übertragbar zu sein.

Bernstein und Mitarbeiter wiesen bei 7,8% von 733 zufällig ausgewählten, nicht-klinischen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 9 und 19 Jahren eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nach, bei 3% in schwerer Ausprägung (Bernstein et al., 1993), während Chabrol et al. (2001b) die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung unter französischen Schülern mit etwa 14% angab. In einer weiteren Studie von Chabrol et al. (2004) an 728 Schülern von 6 weiterführenden Schulen in Toulouse erfüllten 6% der befragten Schüler den *Cut-Off-Score* des Borderline-Persönlichkeitsinventars von Leichsenring (1999).

Geschlechtsdifferenz

Aussagen zur Geschlechtsdifferenz in klinischen Inanspruchnahmepopulationen jugendlicher Borderline-Patienten können ebenfalls den US-amerikanischen Studien von Becker et al. (2002) und Grilo et al. (1996) entnommen werden: Das Verhältnis Jungen zu Mädchen mit einer BPS belief sich in beiden Studien auf etwa 2:3. In der erwähnten Studie von Brunner und Mitarbeitern waren 81% der jugendlichen Patienten mit einem Durchschnittsalter von 15,8 Jahren weiblichen Geschlechts (Brunner et al., 2001). Bernstein et al. (1993) hingegen konnten in ihrer Untersuchung an willkürlich ausgewählten Jugendlichen keine signifikante Geschlechtsdifferenz in Bezug auf die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung feststellen. In der bereits oben erwähnten Studie von Chabrol et al. (2004) an französischen Schülern erfüllten 9,4% der Mädchen im Gegensatz zu 3,9% der Jungen den *Cut-Off-Score* des Borderline-Persönlichkeitsinventars.

Altersverteilung

Auch die bekannteste Studie zur Altersverteilung der BPS unter Jugendlichen ist eine amerikanische Studie: Laut Bernstein et al. (1993) hat die Häufigkeit einer BPS unter Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung ihren Höhepunkt in der frühen Adoleszenz (zwischen dem 11. und dem 14. Lebensjahr), sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen.

Ätiologie

Stärker untersucht worden ist die Ätiologie der BPS im Hinblick auf die Kindheitsgeschichte von jugendlichen PatientInnen. Bezogen auf klinische Inanspruchnahmepopulationen liegen Arbeiten von Brunner et al. (2001), Guzder et al. (1996) und Goldman et al. (1992) vor.

- **Körperliche Misshandlung/Sexueller Missbrauch/Vernachlässigung**

Brunner et al. (2001) untersuchten 32 BPS-PatientInnen zwischen 11 und 19 Jahren und konnten bei 62,5% sexuellen Missbrauch, bei 46,9% körperliche Misshandlung und bei 81,3% der Patienten eine emotionale Vernachlässigung feststellen.

Sehr umfangreiche Daten zur sozialen Lebenssituation und Traumata in den ersten Lebensjahren von Borderline-Kindern stammen aus einer empirischen Studie von Diepold (1995). Sie weist nach, dass ein Drittel der Kinder körperliche

Misshandlungen und ein Fünftel sexuellen Missbrauch erlebt haben, wobei sie zusätzlich auf die hohe Dunkelziffer verweist.

- **Familienkonstellation**

Laut Diepold (1995) wohnt nur etwa ein Drittel der Kinder bei den leiblichen Eltern, während ein Viertel der Kinder in Adoptionsfamilien, Pflegefamilien und Heimen lebt. Borderline-Kinder sind überdurchschnittlich häufig Einzelkinder. Ein Drittel der Kinder war von den Eltern nicht erwünscht.

- **Psychiatrische Erkrankungen in der Familie**

Den Untersuchungen Diepolds nach gibt es in der Eltern- und Großelterngeneration auffällig viele psychische Erkrankungen (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (48%), Psychosen (12%), Suchterkrankungen (24%), Depressionen und schwere Zwangserkrankungen (18%)). Nur 1% der Familien seien ohne entsprechenden Befund (Diepold, 1995).

Spezielle Symptome

Dissoziative und somatoforme Symptome kommen laut Brunner et al. (2001) besonders häufig in dieser Patientengruppe vor, erhoben mit Selbstfragebögen. Angaben über selbstverletzendes Verhalten finden sich in der Therapiestudie von Fleischhaker et al. (2005), die bei 11 der 12 weiblichen Patienten (91,67%) dieses nachweisen konnten.

Bezüglich der Suizidalität unter jugendlichen Borderline-PatientInnen gibt es drei verwendbare Studien: Links et al. (2003) geben die Zahl der BPD-Patienten unter allen jugendlichen Suizidenten mit 9-33% an und weisen darauf hin, dass suizidales Verhalten in der Vergangenheit von 60-70% der jugendlichen Borderline-PatientInnen nachgewiesen werden kann. Braun-Scharm (1996) konnte zeigen, dass eine BPS deutlich häufiger bei suizidalen als bei nicht suizidalen Jugendlichen diagnostiziert werden kann. Fleischhaker et al. (2005) setzten sich als einzige auch mit Suizidgedanken auseinander und wiesen diese bei allen zwölf Teilnehmerinnen der Pilotstudie nach. Suizidversuche waren bereits bei zehn (83,3%) der Teilnehmerinnen vorgekommen.

Komorbide Symptome/Erkrankungen

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das gemeinsame Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit zusätzlichen Symptomen oder psychiatrischen Krankheiten, sogenannten Komorbiditäten. Brunner et al. gehen davon aus, dass Art und Häufigkeit von komorbiden Störungen bei der BPS im Jugendalter mit denen des Erwachsenenalters vergleichbar sind (Brunner et al., 2003). Spezielle Studien, die sich auf das Jugendalter beziehen, weisen auf ein gehäuftes Auftreten von Persönlichkeitsstörungen (PS) (v.a. schizotypische und passiv-aggressive PS laut Becker et al. (2000) und depressive, paranoide und dependente PS nach Chabrol et al. (2002)) bei jugendlichen BPS-PatientInnen hin. Ebenfalls ist die Major Depression als gehäufte Komorbidität bekannt (bei 58-75% der jugendlichen PatientInnen) (Chabrol et al., 2002; James et al. 1996). Bei weiteren Symptomen wie Essstörungen, Schizophrenien, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Angststörungen muss man auf Studien mit erwachsenen BPS-PatientInnen zurückgreifen, da hier für das Jugendalter keine Studien zu Verfügung stehen, abgesehen von Daten aus einer Therapiestudie an 12 Borderline-Patientinnen durch Fleischhaker et al. (2005).

In sehr geringem Umfang lassen sich auch Studien über Substanzmissbrauch bei jugendlichen Borderline-PatientInnen finden. Sehr detailliert, jedoch nur bezogen auf eine kleine Stichprobe von 15 Borderline-PatientInnen berichten Serman und Mitarbeiter über Nikotin-, Alkohol- und illegalen Drogenkonsum bzw. -missbrauch in dieser Gruppe (Serman et al., 2002). Chabrol et al. (2004) weisen eine BPS als wichtigen Faktor für Cannabisabhängigkeit, sowie für Häufigkeit und Zeitraum des Konsums nach. Unter australischen Heroinkonsumenten konnte in 51% der Fälle eine BPS nachgewiesen werden (Mills et al., 2004). Im stationären Rahmen konnten Grilo et al. (1995) zeigen, dass 66,7% der PatientInnen mit Substanzmissbrauch (v.a. Alkohol) unter einer BPS litten.

Therapie

Neben allgemeinen Überblicken über psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen bei jugendlichen BPS-PatientInnen (Streeck- Fischer, 2008), gibt es nur wenige kontrollierte Studien zum Wirksamkeitsnachweis einer solchen Intervention. Zwei Studien beziehen sich auf die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), modifiziert für Adoleszente und stammen von Rathus & Miller (2002) und Fleischhaker et al. (2005). In einem neuen Bericht zur Wirksamkeit der DBT für

Adoleszente gehen Fleischhaker und Mitarbeiter auch auf Veränderungen der Patientinnen während der Therapie ein, die sie u.a. mit den Fragebögen ILK (Jugendliche, Eltern und Therapeut), YSR und CBCL erheben (Fleischhaker et al., 2006). Aus Australien kommt eine Studie, in der die Effektivität einer kognitiv-analytischen Therapie mit einer manualisierten „*good clinical care*“ bei Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren mit einzelnen Borderline-Symptomen verglichen wird (Chanen et al., 2008). Damit sind sie die einzigen Arbeitsgruppen, die speziell auf den Verlauf und die Ergebnisse einer therapeutischen Intervention bei jugendlichen Borderline-PatientInnen eingehen.

Fazit

- Neben der Arbeit von Brunner et al. (2003) gibt es, auch in der englischsprachigen Fachliteratur, keine neueren Übersichtsarbeiten, die einen umfassenden und detaillierten Überblick über die Borderline-Persönlichkeitsstörung/emotional instabile Persönlichkeitsstörung bei Kinder und Jugendlichen vermitteln, auch wenn die Anzahl an Studien bezüglich dieser Störung in genannter Altersgruppe in den letzten Jahren stark zugenommen hat.
- Es gibt zwar einige empirische Studien, die sich speziell mit der BPS/EIP unter Jugendlichen beschäftigen, doch erscheinen die Ergebnisse noch sehr unzusammenhängend nebeneinander zu stehen und bieten kein Gesamtkonzept für diese Altersgruppe. Die Wissenslücken müssen mit Annahmen aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie notdürftig ergänzt werden.
- Es bedarf Studien, die sich explizit und umfassend mit der Prävalenz, Alters- und Geschlechtsverteilung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter auseinandersetzen und dabei repräsentativ für klinische Inanspruchnahmepopulationen bzw. repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind. Die vorhandenen Daten zu diesen Fragen (Prävalenz, Alters- und Geschlechtsverteilung usw.) sind noch zu ungenau und nicht hinreichend abgesichert (erhebliche methodische Probleme).
- Es gibt eine Reihe von Studien, die sich mit einzelnen Faktoren in der Entwicklungsgeschichte von Kinder und Jugendlichen mit BPS/EIP beschäftigen. Es fehlen jedoch Studien, die einen umfassenden Überblick über die Merkmale in der Entwicklungsgeschichte vermitteln, die aus klinischer

Sicht als besonders relevant betrachtet werden. Eine Untersuchung, in der so eine umfassende Darstellung der Entwicklungsgeschichte versucht wird, stammt von Diepold (1995). Da sich diese Studie jedoch nur mit Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren beschäftigt, wäre es sinnvoll noch einmal umfassend die Entwicklungsgeschichte der Jugendlichen mit BPS zu untersuchen und dabei Augenmerke auf die Familienkonstellationen, auf Besonderheiten wie psychiatrische Erkrankungen und Abhängigkeiten innerhalb der Familie und traumatische Ereignisse in der Kindheit der Patienten (z.B. Trennungen, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Vernachlässigung) zu legen.

- Es gibt eine Reihe von Studien, die einzelne Symptome bei BPS/EIP genauer analysieren. Es fehlen jedoch Studien, die sich speziell auf BPS/EIP konzentrieren und dabei ein großes Spektrum an komorbider Symptomatik in Betracht ziehen.

3. Ziele und Hypothesen

In der Literaturübersicht wurde deutlich gemacht, dass bisher nur wenige umfassende Studien zur emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter vorliegen. So ist das Ziel der vorliegenden Untersuchung eine möglichst detaillierte Beschreibung einer kompletten Inanspruchnahmepopulation von PatientInnen, die mit der ICD-10-Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Zeitraum von 1992 bis 2002 stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg behandelt wurden, und ein differenzierter Vergleich dieser Population mit einer psychiatrischen Kontrollgruppe. Diese Auswertung basiert sowohl auf der „Gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken“ und deren Vorgängermodell als auch auf den Krankenakten der PatientInnen.

Dabei umfasst die vorliegende Untersuchung folgende drei Teilaspekte:

- Hypothesenüberprüfung auf Grundlage der Basisdokumentation
- Explorative Untersuchung auf Grundlage der Basisdokumentation
- Differenzierte Beschreibung auf Grundlage einer systematischen Krankenaktenauswertung.

3.1 Hypothesenüberprüfung: Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen

Aus der internationalen Literatur über die emotional instabile Persönlichkeitsstörung der ICD-10 und die Borderline-Persönlichkeitsstörung des DSM-IV bei Kindern und Jugendlichen sind einige Merkmale dieser Krankheitsbilder bekannt, über deren Vorkommen und Ausprägung bereits Ergebnisse verschiedener Forschungsgruppen vorliegen und die es erlauben, Hypothesen aufzustellen. Ziel des ersten Teils dieser Arbeit ist die Überprüfung dieser Hypothesen an 39 PatientInnen mit der Diagnose „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“, d.h. der kompletten Inanspruchnahmepopulation mit diesem Krankheitsbild im Verlauf von elf Jahren.

Diese 39 Patienten sollen mit einer Kontrollgruppe kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten, die bezüglich Alter, Geschlecht und Intelligenz mit der EIP-Population übereinstimmt („*Matched Samples*“), verglichen werden.

Auf der Basis bereits veröffentlichter Studien, die im theoretischen Teil 2.3 erläutert wurden, erscheinen dabei folgende Hypothesen als besonders überprüfenswert:

Hypothese 1:

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung leben im Vergleich zu gematchten KontrollpatientInnen seltener beide leiblichen Eltern zusammen.

Hypothese 2:

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung kommen häufiger psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie vor als bei psychiatrischen KontrollpatientInnen.

Hypothese 3:

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung findet man im Vergleich zu den gematchten KontrollpatientInnen häufiger einen Substanzmissbrauch.

Hypothese 4:

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung findet sich häufiger selbstverletzendes Verhalten als bei den gematchten KontrollpatientInnen.

Hypothese 5:

PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung weisen häufiger Suizidgedanken auf als die gematchten KontrollpatientInnen.

Hypothese 6:

PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung haben häufiger Suizidversuche verübt als die gematchten KontrollpatientInnen.

3.2 Explorative Untersuchung: Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen

Um eine größere Anzahl von Merkmalen der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung mit den entsprechenden Merkmalen einer nach Alter, Geschlecht und Intelligenz gematchten Vergleichsgruppe kinder- und jugendpsychiatrischer PatientInnen vergleichen zu können, wird eine explorative, Überprüfung der verschiedenen Merkmalsausprägungen durchgeführt. Die hierzu verwendeten Daten stammen aus der „Gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken“ sowie deren Vorgängermodell (s. Anhang).

3.3 Differenzierte Beschreibung der untersuchten Inanspruchnahmepopulation von Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung auf der Basis einer systematischen Auswertung von Krankenakten

Um bestimmte Angaben aus den Arztbriefen, Anamnesebögen und Beurteilungen, die von den erhobenen Daten der routinemäßig ausgeführten Basisdokumentation abweichen bzw. nicht erfasst werden, genau und umfassend erheben zu können, werden die Krankenakten aller Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung im Untersuchungszeitraum separat ausgewertet. Dies geschieht mit Hilfe eines speziell für diesen Zweck erstellten Auswertungsblatts und detaillierter Instruktionen (s. Anhang).

4. Methodik und Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Untersuchung bezieht sich mit ihren drei Teilen auf die Daten von 39 PatientInnen, die im Untersuchungszeitraum von 1992 bis 2002 mit der ICD-10-Hauptdiagnose „emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ“ (F60.30) und „emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ“ (F60.31) stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg behandelt worden sind und von denen eine vollständige Dokumentation vorliegt. Dabei stammen die verwendeten Daten aus zwei verschiedenen Quellen: zum einen aus der elektronisch archivierten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dokumentation der Klinik, zum anderen aus den Krankenakten der Patienten.

Der Rahmen für die Entstehung dieser Arbeit ist ein Evaluationsprojekt der Klinik. Im Zeitraum vom 01.09.1999 bis 31.12.2004 wurden neben der Basisdokumentation verschiedene Fragebögen zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten sowohl von den Therapeuten als auch von den PatientInnen und deren Eltern bzw. Bezugspersonen ausgefüllt, darunter der ILK (**I**nventar zur **L**ebensqualität im **K**indesalter), der CBCL (***C**hild **B**ehavior **C**hecklist*), der FBB (**F**ragebogen zur **B**eurteilung der **B**ehandlung) und der YSR (***Y**outh **S**elf **R**eport*). Zusätzlich wurde durch die Doktoranden der Klinik eine telefonische Nachbefragung der Eltern vier Wochen und anderthalb Jahre nach Entlassung ihres Kindes aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg durchgeführt, in deren Anschluss erneut Fragebögen an die Eltern und die PatientInnen versendet wurden.

4.1 Auswertung der Basisdokumentationsdaten

Die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen sowie die explorative Untersuchung im Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen basieren auf Daten, die mit Hilfe der Basisdokumentation erhoben worden sind.

Die Basisdokumentation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg

Mit Hilfe der Basisdokumentation, die von den behandelnden Ärzten und Psychologen ausgefüllt wird, werden Aufnahmedaten, soziodemographische Daten, die Anamnese, die Symptomatik (seit 1998 anhand der Marburger Symptomskalen), die Diagnosen anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (Remschmidt & Schmidt, 3. Auflage 1994), die Therapie, das Behandlungsergebnis etc. erhoben.

Die Basisdokumentation wurde 1976 in Berlin entwickelt und wurde seitdem mehrfach überarbeitet. 1983 wurde erstmals eine umfangreiche Basisdokumentation in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg eingeführt. Seit 1992 wurde eine revidierte Fassung, die auf der ICD-10 basiert, verwendet. Zum 01.01.1998 trat eine völlig neu überarbeitete Basisdokumentation in Kraft, die als „Gemeinsame Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken“ dazu dienen soll, die Basisdokumentationen verschiedener deutscher kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken zu vereinheitlichen und die Bearbeitung zu vereinfachen. Seit 2003 wird diese gemeinsame Basisdokumentation in einer weiteren Überarbeitung verwendet.

Im Untersuchungszeitraum von 1992 bis 2002 wurden zwei verschiedene Formen der Basisdokumentation verwendet: Von 1992 bis 1997 die wesentlich umfangreichere Marburger Basisdokumentation und von 1998 bis 2002 die erwähnte „Gemeinsame Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken“ (beide Dokumentationsbögen sind im Anhang aufgeführt). Obwohl sich beide Dokumentationen bezüglich ihres Umfangs und der Codierung der einzelnen Variablen voneinander unterscheiden, ist in wesentlichen Abschnitten ein Vergleich der beiden Dokumentationen und eine Verbindung der einzelnen Variablen möglich. Die statistische Auswertung der von der Klinik erhobenen Daten konnte anhand des Programms „SPSS (*Superior Performing Software Systems*) 11.5 für Windows“ vorgenommen werden.

Erstellung eines Datensatzes für die Auswertung

Die Stichprobe dieser Studie setzt sich aus allen Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum von 1992 bis 2002 mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sowohl vom impulsiven Typ als auch vom Borderline-Typ

stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Marburg behandelt worden sind und von denen eine vollständige Dokumentation vorliegt, zusammen. Die Daten der Stichprobe wurden anhand der ICD-10-Codierungsnummer aus der Ausgangsstichprobe von 2912 in diesem Zeitraum in der Klinik behandelten PatientInnen gewonnen. Von den 41 Patientinnen und Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung aus dem ausgewerteten Zeitraum liegen in zwei Fällen unvollständige Dokumentationen vor, so dass diese von der Auswertung ausgeschlossen werden mussten und die endgültige Stichprobe aus 39 PatientInnen besteht. Darüber hinaus bestehen keine weiteren Ein- und Ausschlusskriterien.

Um diese 39 PatientInnen mit einer psychiatrischen Kontrollgruppe vergleichen zu können, wurde aufgrund des geringen Stichprobenumfangs die Kontrolltechnik der „*Matched Samples*“ gewählt.

Dabei wurden den 39 PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung jeweils ein „Partner“ zugeordnet, der mit diesem bezüglich folgender Kriterien übereinstimmte:

1. Geschlecht
2. Alter
3. Intelligenz

Die Gewinnung der jeweiligen Matching-Partner aus der Gesamtstichprobe der 2912 PatientInnen, die zwischen 1992 und 2002 mindestens einmal in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Marburg stationär behandelt worden sind (es wird nur ein Fall pro Patient/in berücksichtigt), erfolgte nach Ausschluss der PatientInnen ohne vollständige Dokumentation, der PatientInnen mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (der primär untersuchten Stichprobe) und der PatientInnen ohne Angabe einer Diagnose nach dem Zufallsprinzip. Die Zahl der in Frage kommenden Matching-Partner war in jeder Gruppe gleichen Alters, gleichen Geschlechts und gleicher Intelligenz ausreichend.

Die Datensätze sowohl der PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung als auch der gematchten KontrollpatientInnen wurden in einer SPSS-Datei zusammengeführt, an der die weitere Auswertung vorgenommen wurde.

Statistische Tests

Die Auswahl der statistischen Tests erfolgte mit freundlicher Unterstützung von Diplom-Statistikerin Frau Dr. Heinzel-Gutenbrunner.

Die verwendeten Daten entstammen einer recht kleinen Stichprobe von 39 PatientInnen und ihrer gematchten, psychiatrischen Kontrollen. Die Parallelisierung der beiden Stichproben macht es erforderlich, sie als abhängige Stichproben zu erachten. Weiterhin kann aufgrund des Stichprobenumfangs eine Normalverteilung nicht vorausgesetzt werden. Je nach Skalenniveau und Zahl der möglichen Ausprägungen eines erhobenen Merkmals stehen folgende Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen zur Verfügung:

Wilcoxon-Test

Der Wilcoxon-Test eignet sich zum „Vergleich von zwei abhängigen Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz“ (Bortz 2005, S. 153). Er erfordert Daten auf mindestens Ordinalskalenniveau, setzt jedoch keine Normalverteilung voraus.

McNemar-Test

Anders als der Wilcoxon-Test setzt der McNemar-Test lediglich Daten auf Nominalskalenniveau voraus und analysiert so Häufigkeitsunterschiede im Auftreten bestimmter Merkmale (Bortz 2005). Er wird für dichotomisierte Daten verwendet. Eine Normalverteilung der Daten ist hierbei ebenfalls nicht erforderlich.

Rand-Homogenitätstest

Der Rand-Homogenitätstest stellt eine Erweiterung des McNemar-Tests dar und ist verwendbar für Daten mit mehr als zwei Merkmalsausprägungen.

Signifikanzniveau

Sowohl bei der Hypothesenüberprüfung als auch bei der explorativen Untersuchung wird zweiseitig getestet. A priori wird ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ gewählt, das heißt, die Gefahr, einen Unterschied zwischen beiden Gruppen anzunehmen und die Nullhypothese zu verwerfen, obwohl diese zutrifft (α -Fehler), wird auf 5% beschränkt.

Da es sich jedoch bei der Hypothesenüberprüfung um multiples Testen in derselben Grundgesamtheit handelt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, lediglich per Zufall

entstandene Signifikanzen zu finden (Alphafehler-Kumulierung). Um diese Kumulierung zu neutralisieren, wird die Bonferroni-Korrektur verwendet. Mit dieser einfachen und konservativen Formel wird in jeder Hypothese das Signifikanzniveau α' angepasst, um das multiple Gesamtrisiko α (das gewählte Signifikanzniveau von 5%) einzuhalten. Zur Anpassung wird das gewählte Signifikanzniveau durch die Anzahl der Hypothesen (m) geteilt ($\alpha' = \alpha/m$). Daraus ergibt sich für die Hypothesenüberprüfung ein angepasstes Signifikanzniveau $\alpha' = 0,05/6 = 0,0083$.

Bei der explorativen Untersuchung wird auf eine Anpassung des Signifikanzniveaus verzichtet, um auch geringe Unterschiede nicht zu übersehen und einen größeren Überblick zu gewährleisten. Eine genauere Überprüfung mit strengeren Signifikanzniveaus muss dann an anderer Stelle erfolgen.

4.2 Auswertung der Krankenakten

Das Datenmaterial des dritten Teils der vorliegenden Untersuchung wurde aus den Krankenakten der PatientInnen, die im Untersuchungszeitraum von 1992 bis 2002 mit der Diagnose „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ stationär in der KJP Marburg behandelt worden sind, entnommen. Durch die Eingabe der ICD-Codierungsnummern in die klinikeigene EDV-Datenbank konnten die Namen, Geburtsdaten, Patientenidentifikationsnummern (PID) und Fallnummern (SK) der in Frage kommenden PatientInnen ausfindig gemacht werden. Die Ermittlung der Patientenakten im Archiv wurde anhand der Geburtsdaten der ausgewählten PatientInnen vorgenommen. Aus diesen Akten wurden die Arztbriefe, Anamnesebögen, Beurteilungen und Patientenkurven in die Auswertung einbezogen. Die möglichst vollständige Erhebung einzelner Parameter, die aus der Literatur als besonders wichtig im Zusammenhang mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bekannt sind, erfolgte anhand eines für die Fragestellung erstellten Auswertungsblattes (siehe Anhang) und der für diese Aufgabe verfassten Instruktionen (siehe Anhang). Da die einzelnen Datenquellen jedoch im Hinblick auf die klinische Behandlung und nicht speziell für die vorgenommene Auswertung erstellt worden sind, konnten nicht von allen PatientInnen sämtliche auszuwertenden Parameter erhoben werden. Aus diesem Grund wurde ein zweizeitiges Vorgehen bei der Datenerhebung gewählt: In einem ersten Schritt wurden die auszuwertenden

Unterlagen auf Vollständigkeit und Gründlichkeit der Anamnese- und Befunderhebung, Patienten- und Verlaufsbeschreibung etc. geprüft. Waren die einzelnen Teilbereiche der Unterlagen vollständig, so wurden im zweiten Schritt der Auswertung unerwähnte Aspekte der Krankengeschichte als nicht vorhanden gewertet, während bei Zweifeln an der Vollständigkeit und Gründlichkeit der Erhebung der Patientendaten, unerwähnte Aspekte als fehlend betrachtet wurden. So konnte aufgrund der detaillierten Instruktionen und des umsichtigen Umgangs mit unerwähnten Aspekten in den Patientenakten ein reproduzierbares Ergebnis erzielt werden, obwohl es sich um eine retrospektive Auswertung handelt.

Die statistische Bearbeitung der ausgewerteten Daten wurde mit Hilfe einer erstellten SPSS-Datei durchgeführt.

4.3 Stichprobenbeschreibung

4.3.1 Diagnosenverteilung nach ICD-10

Die ICD-10 unterteilt die emotional instabile Persönlichkeitsstörung in die beiden Subtypen „Impulsiver Typ“ und „Borderline-Typ“. In der Stichprobe überwiegt der Borderline-Typ mit 71,8% gegenüber dem impulsiven Typ mit 28,2%. Zur Diagnosenverteilung nach ICD-10 siehe Tabelle 4.1.

Tab. 4.1: Diagnosenverteilung der PatientInnen der Stichprobe nach ICD-10

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	Anzahl	Prozent
Impulsiver Typ (F60.30)	11	28,2%
Borderline-Typ (F60.31)	28	71,8%
Gesamt	39	100%

4.3.2 Geschlechtsverteilung

In der Stichprobe überwiegt hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses das weibliche Geschlecht mit einem Anteil von 87,2% an der Stichprobe. Nur 12,8% der

ausgewerteten Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung sind männlich. Zur Geschlechtsverteilung siehe Tabelle 4.2.

Tab. 4.2.: Geschlechtsverteilung in der Stichprobe

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Weiblich	34	87,2%
Männlich	5	12,8%
Gesamt	39	100%

4.3.3 Altersverteilung

Die untersuchten Patienten sind zwischen 14 und 21 Jahren alt, wobei das Durchschnittsalter bei 16,95 Jahren liegt. Zur Altersverteilung siehe Tabelle 4.3.

Tab. 4.3: Altersverteilung der Stichprobe bei stationärer Aufnahme

Alter bei stationärer Aufnahme	Anzahl	Prozent
14	1	2,6%
15	5	12,8%
16	9	23,1%
17	12	30,8%
18	7	17,9%
19	3	7,7%
20	1	2,6%
21	1	2,6%

4.3.4 Intelligenzverteilung

Der Großteil der PatientInnen verfügt über eine durchschnittliche Intelligenz. Im Vergleich zwischen über- und unterdurchschnittlich intelligenten PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung überwiegen die unterdurchschnittlich begabten.

4. Methodik und Stichprobenbeschreibung

Genaue IQ-Werte sind nur von 22 Patienten bekannt. Hier beträgt der mittlere Intelligenzquotient 95,23 und liegt damit im Bereich einer durchschnittlichen Begabung. Zur Intelligenzverteilung siehe Tabelle 4.4 und 4.5.

Tab. 4.4: Intelligenzverteilung in der Stichprobe - kategorial

	Häufigkeit	Prozent
Hohe Intelligenz (IQ 115 – 129)	5	12,8%
Durchschnittliche Intelligenz (IQ 85 – 114)	25	64,1%
Niedrige Intelligenz (IQ 70 – 84)	8	20,5%
Leichte Intelligenzminderung (IQ 50 – 69)	1	2,6%
Gesamt	39	100,0%

Tab. 4.5: Intelligenzverteilung in der Stichprobe – IQ- Werte

	Gesamt	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw.
Intelligenz- Quotient	22	70	128	95,23	16,54

5. Ergebnisse

5.1 Hypothesenüberprüfung: Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen

5.1.1 Ergebnisse zur Hypothese 1

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung leben im Vergleich zu gematchten KontrollpatientInnen seltener beide leiblichen Eltern zusammen.

Der Beziehungsstatus der Eltern in den beiden verglichenen Gruppen ist in Tabelle 5.1 dargestellt. Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass in der Gruppe der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung 14 der 30 untersuchten Elternpaare (46,7%) zusammenleben, während mehr als die Hälfte der Elternpaare getrennt oder geschieden sind (46,7%) oder nie zusammengelebt haben (6,7%). Die Eltern der PatientInnen der Kontrollgruppe leben hingegen zu 57,9% zusammen. Dieser Unterschied von etwa 9% ist jedoch statistisch nicht signifikant ($p=0,144$). Selbst eine gewisse Tendenz kann aufgrund einiger fehlender Daten in der Gruppe der EIP-PatientInnen nicht aufgezeigt werden.

Tab. 5.1: Beziehungsstatus der Eltern

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Rand-homogenitäts-Test
	Gesamtzahl (n) = 30		Gesamtzahl (n) = 38		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Eltern leben zusammen	14	46,7%	22	57,9%	p = 0,144
Eltern sind getrennt/ geschieden	14	46,7%	14	36,8%	
Eltern haben nie zusammen gelebt	2	6,7%	2	5,3%	

5.1.2 Ergebnisse zur Hypothese 2

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung kommen häufiger psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie vor als bei psychiatrischen KontrollpatientInnen.

Im Vergleich der Familien (Eltern, Geschwister) von PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und deren gematchten psychiatrischen KontrollpatientInnen kann die Hypothese, dass in den Familien der ersten Gruppe vermehrt psychiatrisch relevante Erkrankungen auftreten, nicht bestätigt werden. Es treten zwar vereinzelte Unterschiede auf, doch überwiegen psychische Erkrankungen wie Schizophrenien, affektive Störungen, neurotische sowie psychosomatische Erkrankungen und sonstige Erkrankungen in der Kontrollgruppe. Auffällig ist vor allem der Unterpunkt „Alkoholismus/Drogenmissbrauch“, da hier die Familien von 13 der 35 EIP-PatientInnen im Vergleich zu 6 der 35 PatientInnen der Kontrollgruppe betroffen sind, d.h. mehr als doppelt so viele. Jedoch ist keiner der gefundenen Unterschiede statistisch signifikant. Für weitere Details zu den psychiatrischen Erkrankungen in den Familien der PatientInnen siehe Tabelle 5.2.

Tab. 5.2: Einzelne psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 35		Gesamtzahl (n) = 35		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Oligophrenien	0	0,0%	0	0,0%	Test nicht möglich
Anfallsleiden	1	2,9%	1	2,9%	p = 1,000
Schizophrenien/ affektive Störungen	4	11,4%	7	20,0%	p = 0,549
Neurotische und psychosomat. Erkrankungen	4	11,4%	5	14,3%	p = 1,000
Suizidale Handlungen	2	5,7%	1	2,9%	p = 1,000
Alkoholismus/ Drogenmissbrauch	13	37,1%	6	17,1%	p = 0,227
Kriminalität	2	5,7%	0	0,0%	p = 0,500
Sonstige psychiatrische Erkrankungen	2	5,7%	4	11,4%	p = 0,687

Vergleicht man das Auftreten psychiatrisch relevanter Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades beider Patientengruppen insgesamt, so weisen die Familien der EIP-PatientInnen mit 74,4% deutlich mehr psychiatrisch relevante Erkrankungen als die Familien der gematchten KontrollpatientInnen auf, bei denen 56,4% unter diesen Erkrankungen leiden. Doch auch dieser augenscheinliche Unterschied lässt sich statistisch nicht belegen. Zur Gesamtzahl psychiatrisch relevanter Erkrankungen in den Familien der PatientInnen siehe Tabelle 5.3.

Tab. 5.3: Psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie	29	74,4%	22	56,4%	p = 0,143

5.1.3 Ergebnisse zur Hypothese 3

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung findet man im Vergleich zu den gematchten KontrollpatientInnen häufiger einen Substanzmissbrauch.

In der Gruppe der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung konnte bei 11 der 35 untersuchten PatientInnen ein Substanzmissbrauch, sowohl in leichter als auch in schwerer Form diagnostiziert werden. Dabei wird unter Substanzmissbrauch sowohl Drogen- als auch Alkoholmissbrauch verstanden. Von den 35 gematchten Kontrollen fand sich bei fünf PatientInnen ein solcher Missbrauch. So findet sich zwischen den beiden Gruppen ein deutlicher Unterschied von 31,4% der EIP-PatientInnen zu 14,3% der KontrollpatientInnen, die einen Substanzmissbrauch betreiben. Doch ist dieser Unterschied statistisch nicht ausreichend zu untermauern (p=0,180), wie aus Tabelle 5.4 zu entnehmen ist.

Tab. 5.4: Substanzmissbrauch

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 35		Gesamtzahl (n) = 35		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Drogen-/Alkoholmissbrauch	11	31,4%	5	14,3%	p = 0,180

5.1.4 Ergebnisse zur Hypothese 4

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung findet sich häufiger selbstverletzendes Verhalten als bei den gematchten KontrollpatientInnen.

Das Diagnosekriterium „Automutilation“ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung findet sich im Vergleich zwischen EIP-PatientInnen und KontrollpatientInnen überdurchschnittlich häufig und statistisch signifikant ($p < 0,0005$) in der ersten Gruppe, so dass sich die aufgestellte Hypothese bestätigt. Zum selbstverletzenden Verhalten siehe Tabelle 5.5.

Tab. 5.5: selbstverletzendes Verhalten

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Automutilation	23	59,0%	4	10,3%	p < 0,000

5.1.5 Ergebnisse zur Hypothese 5

PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung weisen häufiger Suizidgedanken auf als die gematchten KontrollpatientInnen.

Wie Tabelle 5.6 zeigt, weisen dreiviertel der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung Suizidgedanken auf, bei 41,7% in ausgeprägter Form. Bei den psychiatrischen KontrollpatientInnen sind Suizidgedanken hingegen nur in

etwa einem Drittel der Fälle eruierbar, hier bei 15,8% in ausgeprägter Form. Diese Diskrepanz ist auch statistisch belegbar ($p < 0,000$) und bestätigt somit die aufgestellte Hypothese.

Tab. 5.6: Suizidgedanken

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Wilcoxon-Test
	Gesamtzahl (n) = 36		Gesamtzahl (n) = 38		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Keine	9	25,0%	25	65,8%	p < 0,000
Leicht/selten	12	33,3%	7	18,4%	
Ausgeprägt/häufig	15	41,7%	6	15,8%	

5.1.6 Ergebnisse zur Hypothese 6

PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung haben häufiger Suizidversuche verübt als die gematchten KontrollpatientInnen.

Tabelle 5.7 stellt die in der Vergangenheit verübten Suizidversuche dar. In der Gruppe der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung haben 17 der 39 Patienten bereits mindestens einen Suizidversuch verübt, während ein solcher Versuch bei sechs der 39 KontrollpatientInnen bekannt ist. Somit findet diese Hypothese keine statistisch signifikante ($p = 0,019$) Bestätigung, da aufgrund der vorgenommenen Bonferroni-Korrektur das vorgegebene Signifikanzniveau $\alpha = 0,0083$ beträgt.

Tab. 5.7: Suizidversuche

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Suizidversuche	17	43,6%	6	15,4%	p = 0,019

5.2 Explorative Untersuchung: Vergleich zwischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen

Mittels der Gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken sowie deren Vorgängermodell werden eine Vielzahl von Informationen über jede einzelne Patientin/jeden einzelnen Patienten, der in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg aufgenommen wird, erhoben. An dieser Stelle soll diese Informationsmenge dazu genutzt werden, einen größeren Überblick über verschiedenste Teilbereiche, PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung betreffend, zu geben und diese erhaltenen Charakteristika mit den nach Alter, Geschlecht und Intelligenzniveau gematchten KontrollpatientInnen zu vergleichen. Aufgrund des explorativen Charakters dieses Teils der Untersuchung wird hier auf eine Alpha-Korrektur für multiples Testen verzichtet. Alle p-Werte werden nominal angegeben und der allgemeinen Konvention entsprechend weisen p-Werte unterhalb von 0,05 auf Unterschiede hin. Es handelt sich jedoch nicht um eine Signifikanz im strengen Sinne.

5.2.1 Beschreibung der Herkunftsfamilie

Leben die leiblichen Eltern noch

Wie aus Tabelle 5.8 zu entnehmen, leben bei einem Großteil der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung noch beide leiblichen Elternteile. So unterscheiden sie sich nicht signifikant ($p=0,564$) von den KontrollpatientInnen. Jedoch liegen bei insgesamt elf PatientInnen keine Informationen über das Leben der leiblichen Eltern vor, z.B. bei Adoptiv- und Findelkindern. Bisweilen ist der Verbleib eines Elternteils nach der Trennung von der Familie auch unbekannt.

Tab. 5.8: Leben die leiblichen Eltern noch

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Rand-Homogenitätstest
	Gesamtzahl (n) = 29		Gesamtzahl (n) = 38		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Beide leben	24	82,8%	36	94,7%	P = 0,564
Vater verstorben	4	13,8%	1	2,6%	
Mutter verstorben	1	3,4%	0	0,0%	
Beide verstorben	0	0,0%	1	2,6%	

Wohnsituation der PatientInnen

Bezüglich der Wohnsituation der beiden Patientengruppen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg sind deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Tabelle 5.9 zeigt, dass nur 18,4% der EIP-PatientInnen gegenüber 41,0% der KontrollpatientInnen bei beiden leiblichen Elternteilen leben. 68,4% der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung leben bei gar keinem leiblichen oder Ersatz-Elternteil, während nur 28,2% der Kontrollpatienten in einer solchen Situation leben. Dieser Unterschied ist mit einem $p < 0,000$ hoch signifikant.

Tab. 5.9: Wohnsituation der PatientInnen

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Rand-Homogenitätstest
	Gesamtzahl (n) = 38		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Lebt bei beiden leiblichen Eltern	7	18,4%	16	41,0%	p < 0,000
Lebt bei zwei Elternteilen (leiblich/nicht leiblich)	4	10,5%	8	20,5%	
Lebt bei einem Elternteil (leiblich/nicht leiblich)	1	2,6%	4	10,3%	
Lebt bei keinem Elternteil	26	68,4%	11	28,2%	

5.2.2 Schulbesuch und Schulabschluss

Gegenwärtig besuchte Schule

Etwa zwei Drittel der EIP-PatientInnen und drei Viertel der KontrollpatientInnen besuchen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine Schule. Dabei fällt auf, dass etwa doppelt so viele der KontrollpatientInnen (33,3%) ein Gymnasium besuchen wie PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (16,7%). Im Gegensatz dazu haben jedoch deutlich mehr EIP-PatientInnen die Schule regulär beendet als ihre Kontrollen, was allerdings auch damit zusammenhängen kann, dass einige der KontrollpatientInnen aufgrund der längeren Schulzeit an Gymnasien die Schule noch nicht regulär beendet haben können. Was genau dazu geführt hat, dass vier der KontrollpatientInnen und eine/r der EIP-PatientInnen keine Schule mehr besuchen ohne sie regulär beendet zu haben, kann aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht eruiert werden.

Insgesamt ist es aufgrund der kleinen Fallzahl und der vielen unterschiedlichen Schulformen schwierig, eine genaue Tendenz des schulischen Leistungsniveaus anzugeben. Zu den besuchten Schulen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme siehe Tabelle 5.10.

Tab. 5.10: Gegenwärtig besuchte Schule

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Rand-Homogenitäts-test
	Gesamtzahl (n) = 36		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Hauptschule	4	11,1%	3	7,7%	p = 0,055
Realschule	7	19,4%	7	17,9%	
Gymnasium	6	16,7%	13	33,3%	
Differenzierung schulbedingt nicht möglich	1	2,8%	1	2,6%	
Schule für Lernhilfe/ Lernbehinderte/ Förderschule	2	5,6%	2	5,1%	
Andere Sonderschulen	2	5,6%	0	0,0%	
Fach-/ Berufsfachschule	1	2,8%	2	5,1%	
Vorzeitig ausgeschult	1	2,8%	0	0,0%	
Schule regulär beendet	11	30,6%	7	17,9%	
Kein Schulbesuch	1	2,8%	4	10,3%	

Höchster erreichter Schulabschluss

Ein Großteil der PatientInnen beider Gruppen geht noch zur Schule und hat so noch keinen Schulabschluss erreicht. Die scheinbare Diskrepanz zu den oben beschriebenen Zahlen zum gegenwärtigen Schulbesuch kommt vor allem dadurch zu Stande, dass Schüler der letzten Realschulklasse, Schüler der gymnasialen Oberstufe oder Schüler von Fach-/Berufsschulen durchaus schon einen Haupt- oder Realschulabschluss haben können (was je nach Bundesland unterschiedlich ist).

Die in Tabelle 5.11 dargestellten relativ geringen Unterschiede bezüglich des Schulabschlusses, die zwischen beiden Vergleichsgruppen auftreten, sind statistisch nicht signifikant und lassen keine Schlussfolgerungen zu.

Tab. 5.11: Höchster erreichter Schulabschluss

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Rand-Homogenitätstest
	Gesamtzahl (n) = 37		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Kein Schulabschluss	6	16,2%	8	20,5%	p = 0,858
Sonderschule	5	13,5%	4	10,3%	
Hauptschule	7	18,9%	5	12,8%	
Realschule (/Fachschule)	3	8,1%	6	15,4%	
Trifft altersbedingt nicht zu	16	43,2%	16	41,0%	

Schulbezogene Störungen/Schwierigkeiten

Schulbezogenen Störungen, die schlechtes Betragen/Aggressionen, Leistungs- und Konzentrationsstörungen, Kontaktstörungen und Schulschwänzen beinhalten, scheinen von der Tendenz häufiger bei emotional instabilen PatientInnen vorzukommen, doch lässt sich dieser hier recht geringe Unterschied statistisch nicht belegen. Zu den schulbezogenen Störungen/Schwierigkeiten siehe Tabelle 5.12.

Tab. 5.12: Schulbezogene Störungen/Schwierigkeiten

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 33		Gesamtzahl (n) = 37		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Schulbezogene Störungen / Schwierigkeiten	21	63,6%	20	54,1%	p = 0,607

5.2.3 Symptomatik der Patientin/des Patienten

Marburger Symptomskalen

Die Marburger Symptomskalen als Bestandteil der Basisdokumentation dienen der Beschreibung individueller Symptome bzw. Probleme der PatientInnen und beziehen sich dabei auf die zurückliegenden sechs Monate. Außer dem Symptom „Sexuelle Auffälligkeit“, das nur als „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ kodiert wird, werden für alle anderen Symptome die tabellarisch aufgeführten Ratingpunkte vergeben. Dabei stellen die einzelnen Items komplexe Symptombereiche dar, die eine Vielzahl von Einzelsymptomen beinhalten können. Wichtig ist desweiteren, dass die Items keine Diagnosen darstellen, z.B. das Item „Verstimmung“ nicht mit der Diagnose „Depression“ gleichzusetzen ist (hausinterne Anleitung zur Therapieevaluation).

Zusätzlicher Erläuterung bedürfen die Items „Körperliche Symptome I“ und „Körperliche Symptome II“: Unter ersterem werden Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen zusammengefasst, unter zweiterem Allergien, Atmungsstörungen und Hautaffektionen.

Vergleicht man nun die Symptomatik der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung mit der der gematchten psychiatrischen KontrollpatientInnen, so werden folgende, statistisch signifikante Unterschiede deutlich: Das Symptom „Aggressivität“, das verbale oder körperliche Aggressivität gegen Personen und die Zerstörung von Sachen beinhaltet, ist bei EIP-PatientInnen in über drei Viertel der Fälle vorhanden, während nur etwa 42% der Kontroll-Patienten ein solches Verhalten zeigen (p=0,002).

Die Patienten beider Gruppen leiden zu einem Großteil unter „Verstimmungen“, worunter z.B. Klagen über gedrückte Stimmungslage, Äußerungen von Traurigkeit,

Unglücklichsein und Hoffnungslosigkeit, Dysphorie und Stimmungsschwankungen sowie Selbstwertprobleme subsumiert werden. Jedoch leiden EIP-PatientInnen signifikant häufiger (94,4% versus 76,3%) und mit höherem Schweregrad unter dieser Symptomatik als ihre psychiatrischen Kontrollen ($p=0,002$).

Ähnliches, wenn auch weniger häufig, trifft auf „psychomotorische Symptome“ zu. Hierunter werden Einzelsymptome wie Daumenlutschen, Nägelbeißen, Knabbern, Tics, Stereotypien, Jactationen, Augenbohren etc. verstanden. Auch selbstverletzendes Verhalten fällt in diese Rubrik, jedoch nur, wenn es sich um gewohnheitsmäßiges Verhalten handelt; Selbstverletzungen zur Spannungsreduktion, wie sie gehäuft bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vorkommen, werden unter „sonstige Symptome“ erfasst. So leiden etwa drei Mal so viele EIP-PatientInnen als KontrollpatientInnen unter psychomotorischen Symptomen. Auch der Ausprägungsgrad ist in der ersten Gruppe höher ($p=0,006$).

Unter dem Item „sonstige Symptome“ werden alle in den anderen Items nicht genannten Symptome zusammengefasst, so z.B. das erwähnte selbstverletzende Verhalten zur Spannungsreduktion. Zwei Drittel der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung weisen weitere Symptome auf, wobei anhand des vorliegenden Datenmaterials keine Aussage über die Art dieser Symptome getroffen werden kann. Es leiden jedoch signifikant mehr EIP-PatientInnen als KontrollpatientInnen unter zusätzlichen Symptomen (66,6 vs. 42,1%, $p=0,009$).

Wie bereits unter den Hypothesen VI und III aufgeführt, zeigen Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger „Suizidales Verhalten“ (75% vs. 34%, $p<0,000$) und „Drogen-/ Alkoholmissbrauch“ (30% vs. 15%, $p=0,068$) als die gematchten psychiatrischen Kontrollen, wobei letzteres nicht statistisch signifikant belegt werden kann. Nähere Informationen zum Unterschied beider Patientengruppen bezüglich der Marburger Symptomskalen sind der Tabelle 5.13 zu entnehmen.

Tab. 5.13: Marburger Symptomskalen

	Emotional instabile PS			Kontrollgruppe			Rand-Homogenitätstest
	Nicht zutreffend	Minimal oder leicht	Deutlich oder schwer	Nicht zutreffend	Minimal oder leicht	Deutlich oder schwer	
Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten	17/36 47,2%	10/36 27,8%	9/36 25,0%	24/38 63,2%	8/38 21,1%	6/38 15,8%	p = 0,160
Aggressivität	8/36 22,2%	11/36 30,6%	17/36 47,2%	22/38 57,9%	9/38 23,7%	7/38 18,4%	p = 0,002
Kontaktstörungen	11/36 30,6%	16/36 44,4%	9/36 25,0%	14/38 36,8%	11/38 28,9%	13/38 34,2%	p = 0,785
Angst	21/36 58,3%	8/36 22,2%	7/36 19,4%	18/38 47,4%	10/38 26,3%	10/38 26,3%	p = 0,466
Verstimmung	2/36 5,6%	9/36 25,0%	25/36 69,4%	9/38 23,7%	13/38 34,2%	16/38 42,1%	p = 0,002
Mangelnde Leistungshaltung	15/36 41,7%	10/36 27,8%	11/36 30,6%	20/38 52,6%	11/38 28,9%	7/38 18,4%	p = 0,106
Übermäßige Leistungshaltung	30/36 83,3%	4/36 11,1%	2/36 5,6%	29/38 76,3%	7/38 18,4%	2/38 5,3%	p = 1,000
Entwicklungsauffälligkeiten	33/36 91,7%	2/36 5,6%	1/36 2,8%	32/38 84,2%	6/38 15,8%	0/38 0,0%	p = 0,405
Psychomotorische Symptome	22/36 61,1%	9/36 25,0%	5/36 13,9%	33/38 86,8%	4/38 10,5%	1/38 2,6%	p = 0,006
Hyperaktive Symptome	21/36 58,3%	15/36 41,7%	0/36 0,0%	28/38 73,7%	5/38 13,2%	5/38 13,2%	p = 0,705
Einnässen/Einkoten	36/36 100,0%	0/36 0,0%	0/36 0,0%	34/37 91,9%	2/37 5,4%	1/37 2,7%	p = 0,564
Körperliche Symptome I	28/36 77,8%	5/36 13,9%	3/36 8,3%	22/37 59,5%	11/37 29,7%	4/37 10,8%	p = 0,768
Körperliche Symptome II	30/36 83,3%	4/36 11,1%	2/36 5,6%	26/38 68,4%	9/38 23,7%	3/38 7,9%	p = 0,257
Störungen im Essverhalten	24/36 66,7%	5/36 13,9%	7/36 19,4%	20/38 52,6%	7/38 18,4%	11/38 28,9%	p = 0,586
Auffälligkeiten im Sprechfluss	35/36 97,2%	1/36 2,8%	0/36 0,0%	35/38 92,1%	2/38 5,3%	1/38 2,6%	p = 1,000
Störungen im Realitätsbezug	27/36 75,0%	7/36 19,4%	2/36 5,6%	27/38 71,1%	5/38 13,2%	6/38 15,8%	p = 0,564
Zwangssymptome	33/36 91,7%	0/36 0,0%	3/36 8,3%	33/38 86,8%	4/38 10,5%	1/38 2,6%	p = 1,000
Suizidales Verhalten	9/36 25,0%	11/36 30,6%	16/36 44,4%	25/38 65,8%	6/38 15,8%	7/38 18,4%	p < 0,000
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	33/36 91,7%		3/36 8,3%	33/38 86,8%		5/38 13,2%	p = 1,000
Drogen-/Alkoholmissbrauch	25/36 69,4%	7/36 19,4%	4/36 11,1%	32/38 84,2%	4/38 10,5%	2/38 5,3%	p = 0,068

Tab. 5.13: Marburger Symptomskalen (Fortsetzung)

	Emotional instabile PS			Kontrollgruppe			Rand-Homogenitätstest
	Nicht zutreffend	Minimal oder leicht	Deutlich oder schwer	Nicht zutreffend	Minimal oder leicht	Deutlich oder schwer	
Organische Krankheiten/ Behinderungen/ Verletzungen	31/36 86,1%	4/36 11,1%	1/36 2,8%	30/37 81,1%	5/37 13,5%	2/37 5,4%	p = 0,835
Sonstige	12/36 33,3%	7/36 19,4%	17/36 47,2%	22/38 57,9%	7/38 18,4%	9/38 23,7%	p = 0,009

5.2.4 Diagnosen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) der ICD -10

Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Ein Vergleich beider Patientengruppen bezüglich ihrer Achse-I-Diagnose kann nicht durchgeführt werden, da alle PatientInnen der ersten Gruppe unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung leiden, die auf dieser Achse kodiert wird. Die Kontrollgruppe wurde, abgesehen von den Matching-Kriterien Alter, Geschlecht und Intelligenz, rein zufällig ausgewählt, so dass auch ihre Achse-I-Diagnosen rein zufällig sind und für diesen Vergleich keine Relevanz haben.

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Auf der zweiten Achse des MAS werden umschriebene Entwicklungsstörungen wie Artikulationsstörungen, verschiedene Sprachstörungen, Lese- und Rechtschreibstörungen oder Rechenstörungen (F80 – F83, F88 – F 89) kodiert. Wie Tabelle 5.14 zu entnehmen, leidet keiner der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und nur eine Patientin/ein Patient der Kontrollgruppe unter einer solchen Störung, so dass kein signifikanter Unterschied gefunden werden kann.

Tab. 5.14: Achse II des MAS: Umschriebene Entwicklungsstörungen

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Umschriebene Entwicklungsstörungen	0	0,0%	1	2,6%	p = 1,000

Achse III: Intelligenzniveau

Das derzeitige individuelle Intelligenzniveau wird auf der dritten Achse des MAS verschlüsselt. Da die Intelligenz, eingeteilt in unter-, über- und durchschnittlich, jedoch ein Matching-Kriterium ist, kann hier kein Vergleich gezogen werden.

Achse IV: Körperliche Symptomatik

Nicht-psychiatrische Krankheitssymptome bzw. -syndrome, die zum Zeitpunkt der Aufnahme vorliegen, werden auf der vierten Achse des MAS kodiert. In beiden Patientengruppen liegt eine körperliche Symptomatik in je einem Drittel der Fälle vor, so dass sie sich in diesem Punkt nicht unterscheiden. Zur körperlichen Symptomatik siehe Tabelle 5.15.

Tab. 5.15: Körperliche Symptomatik

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Körperliche Symptomatik	13	33,3%	12	30,8%	p = 1,000

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Auf der fünften Achse des MAS werden abnorme psychosoziale Umstände klassifiziert, die als erheblich eingeschätzt werden und zum Zeitpunkt der Untersuchung oder im vorangegangenen halben Jahr vorlagen. Die genaue Unterteilung geht aus Tab. 5.17 hervor. Solche abnormen psychosozialen Umstände liegen bei allen untersuchten EIP-PatientInnen vor (Tab. 5.16), wobei jeder dieser

Patienten im Durchschnitt 4,31 solcher Umstände aufweist (Tab. 5.18). Im Vergleich dazu sind nur bei 82% der KontrollpatientInnen abnorme psychosoziale Umstände nachweisbar, durchschnittlich 2,87 solcher Umstände pro PatientIn. Damit unterscheiden sich beide Gruppen statistisch signifikant hinsichtlich des Vorkommens von abnormen psychosozialen Umständen ($p=0,016$), nicht jedoch bezüglich der Anzahl solcher Umstände bei jeder einzelnen Patientin/jedem einzelnen Patienten. Hier wird das geforderte Signifikanzniveau knapp verfehlt ($p=0,053$).

Besonders auffällig ist der Punkt „abnorme unmittelbare Umgebung“, worunter eine Erziehung in einer Institution, eine abweichende Elternsituation, eine Isolation der Familie und Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung verstanden werden. Hier unterscheiden sich die EIP-PatientInnen mit einem Anteil 84,2% der Fälle, die unter solchen Bedingungen leben, signifikant von den gematchten KontrollpatientInnen, die nur zu 59,4% der Fälle eine solche Umgebung aufweisen ($p=0,006$).

Tab. 5.16: Achse V des MAS: Vorhandensein assoziierter aktueller abnormer psychosozialer Umstände

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	39/39	100,0%	32/39	82,1%	p = 0,016

Tab. 5.17: Achse V des MAS: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	17/28	60,7%	14/29	48,3%	p = 0,581
Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	13/31	41,9%	12/30	40,0%	p = 1,000
Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	12/27	44,4%	11/28	39,3%	p = 1,000
Abnorme Erziehungsbedingungen	8/25	32,0%	13/28	46,4%	p = 1,000
Abnorme unmittelbare Umgebung	32/38	84,2%	19/32	59,4%	p = 0,006
Akute, belastende Lebensereignisse	14/36	38,9%	11/33	33,3%	p = 0,804
Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	2/39	5,1%	1/33	3,0%	p = 1,000
Chron. Zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	8/35	22,9%	3/32	9,4%	p = 0,727
Belastende Lebensereignisse oder Situationen infolge von Verhaltensstörung oder Behinderung des Kindes	15/38	39,5%	10/32	31,3%	p = 0,424

Tab. 5.18: Achse V des MAS: Anzahl belastender psychosozialer Umstände pro PatientIn

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Wilcoxon-Test
	Range	Mittelwert	Range	Mittelwert	
Anzahl belastender psychosozialer Umstände pro Patient	1 - 13	4,31	0 - 8	2,87	p = 0,053

Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Eine Beurteilung der psychosozialen Anpassung zum Zeitpunkt der Untersuchung und in den vorangegangenen drei Monaten wird auf der sechsten Achse des MAS vorgenommen. Dabei bezieht sich diese Beurteilung auf die Beziehung zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie, auf die Bewältigung von sozialen Situationen, auf die schulische bzw. berufliche Anpassung und auf Interessen und Freizeitaktivitäten.

Die Tabelle 5.19 zeigt, dass im Vergleich von PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und gematchten psychiatrischen Kontrollen sich tendenziell mehr EIP-PatientInnen im Bereich von deutlicher und noch schwerwiegenderer sozialer Beeinträchtigung als KontrollpatientInnen finden, doch kann dies nur als Tendenz und nicht als signifikanter Unterschied gewertet werden.

Tab. 5.19: Achse VI des MAS: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Wilcoxon-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Hervorragende/ gute soziale Anpassung	0	0,0%	0	0,0%	p = 0,118
Befriedigende soziale Anpassung	1	2,6%	5	12,8%	
Leichte soziale Beeinträchtigung	5	12,8%	8	20,5%	
Mäßige soziale Beeinträchtigung	9	23,1%	9	23,1%	
Deutliche soziale Beeinträchtigung	20	51,3%	9	23,1%	
Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	2	5,1%	7	17,9%	
Tiefgreifende und schwere soziale Beeinträchtigung	2	5,1%	0	0,0%	
Braucht beträchtliche Betreuung	0	0,0%	1	2,6%	
Braucht ständige Betreuung	0	0,0%	0	0,0%	

5.2.5 Verlauf der Behandlung

Durchschnittliche Behandlungsdauer

Tabelle 5.20 zeigt die durchschnittliche Behandlungsdauer beider Vergleichsgruppen. PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und ihre gematchten Kontrollen sind im Durchschnitt etwa 60 Tage in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg verblieben und unterscheiden sich dadurch nicht. Jedoch weisen die einzelnen PatientInnen stark variierende Verweildauern zwischen zwei und 228 Tagen auf. Aufgrund dieser starken Streuung und dem Vorkommen von sogenannten „Ausreißern“ wird an dieser Stelle der Median als Lagemaß, das robust gegenüber Ausreißern ist, angegeben. Er liegt für EIP-PatientInnen bei 25 Tagen durchschnittliche Behandlungsdauer, bei den KontrollpatientInnen bei 34 Tagen. Dieser Unterschied von neun Tagen ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Tab. 5.20: Behandlungsdauer in Tagen

	Emotional instabile PS				Kontrollgruppe				Wilcoxon-Test
	Gesamtzahl (n) = 39				Gesamtzahl (n) = 39				
	Range	Mittelwert	Stand.-Abw.	Median	Range	Mittelwert	Stand.-Abw.	Median	
Dauer in Tagen	2 - 228	60,23	68,18	25	5 - 142	58,15	45,13	34	p = 0,648

Eingesetzte Therapien

Im Vergleich der eingesetzten Therapien bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und deren KontrollpatientInnen fallen zwei statistisch signifikante Unterschiede auf:

Tabelle 5.21 ist zu entnehmen, dass in der Kontrollgruppe sehr viel häufiger eine Beratung und/oder Behandlung der Eltern der PatientInnen stattgefunden hat ($p=0,049$), was jedoch eventuell darauf zurückzuführen ist, dass die PatientInnen der Kontrollgruppe signifikant häufiger bei ihren leiblichen Eltern leben als die PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung, so dass eine solche Beratung bei den KontrollpatientInnen des Öfteren sinnvoll ist.

Hingegen wurden soziotherapeutische Maßnahmen häufiger bei den EIP-PatientInnen als bei den KontrollpatientInnen durchgeführt ($p=0,004$).

Tab. 5.21: Eingesetzte Therapien

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Verwendet bei ...		Verwendet bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Psycho-therapeutische Verfahren beim Kind	38/39	97,4%	36/39	92,3%	p = 0,625
Beratung/ Behandlung der Eltern/ Familie	23/39	59,0%	32/39	82,1%	p = 0,049
Weitere Therapien/ Übungsbehandlungen	25/39	64,1%	31/38	81,6%	p = 0,263
Soziotherapeut. Maßnahmen	33/39	84,6%	21/39	53,8%	p = 0,004
Medikamentöse Therapie	24/39	61,5%	20/39	51,3%	p = 0,424

Umfang der Behandlung

Bezüglich des Umfangs der Behandlung, ausgedrückt in der Anzahl von Therapiesitzungen und Beratungen, unterscheiden sich beide Patientengruppen kaum. In beiden Gruppen ist eine große Variationsbreite unter den einzelnen PatientInnen zu verzeichnen, wie aus Tabelle 5.22 ersichtlich ist.

Tab. 5.22: Umfang der Behandlung

	Emotional instabile PS				Kontrollgruppe				Wil- coxon- Test
	Gesamtzahl (n) = 39				Gesamtzahl (n) = 39				
	Range	Mittel- wert	Stand.- Abw.	Median	Range	Mittel- wert	Stand.- Abw.	Median	
Psycho-therap. Verfahren beim Kind	0 - 72	18,3	19,9	11,0	0 - 46	14,6	11,8	12,0	p = 0,821
Beratungen/ Behandlungen der Eltern/Familie	0 - 12	2,8	3,6	2,0	0 - 20	4,5	4,8	2,0	p = 0,059
Weitere Therapien/ Übungsbehand- lungen	0 - 150	16,6	28,0	6,0	0 - 56	17,4	16,4	12,0	p = 0,327

Eingesetzte Medikamentengruppen

Vergleicht man die eingesetzten Medikamentengruppen bei den EIP-PatientInnen mit denen der KontrollpatientInnen, so zeigt sich nur in der Gruppe der Thymoleptika ein signifikanter Unterschied ($p=0,039$). Demnach werden bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung mehr als doppelt so häufig Arzneimittel mit vor allem stimmungsaufhellender Wirkung eingesetzt (35,9%) als bei den gematchten Kontrollen (15,4%). Dieses Ergebnis ist auch im Zusammenhang mit der signifikant häufiger auftretenden depressiven Verstimmung bei EIP-PatientInnen zu sehen, wie aus den Marburger Symptomskalen ersichtlich ist. Nähere Informationen zu den eingesetzten Medikamentengruppen sind Tabelle 5.23 zu entnehmen.

Tab. 5.23: Eingesetzte Medikamente

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Verwendet bei ...		Verwendet bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Antikonvulsiva	3	7,7%	5	12,8%	p = 0,727
Neuroleptika	15	38,5%	12	30,8%	p = 0,607
Thymoleptika	14	35,9%	6	15,4%	p = 0,039
Tranquilizer	5	12,8%	3	7,7%	p = 0,727
Stimulantien	0	0,0%	0	0,0%	Test nicht möglich
Sonstige	3	7,7%	7	17,9%	p = 0,289

Abbruch der Behandlung

Die Häufigkeit von Therapieabbrüchen wird in Tabelle 5.24 dargestellt. Die KontrollpatientInnen haben mit 18% die Therapie etwa doppelt so häufig abgebrochen wie die EIP-PatientInnen, was jedoch aufgrund der Begrenztheit der Stichprobe nicht statistisch signifikant ist.

Tab. 5.24: Abbruch der Behandlung

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		McNemar-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Zutreffend bei ...		Zutreffend bei ...		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Abbruch der Behandlung	3	7,7%	7	17,9%	p = 0,289

Behandlungserfolg bezüglich der Zielsymptomatik

Tabelle 5.25 macht deutlich, dass zum Ende der Therapie bei den KontrollpatientInnen tendenziell ein größerer Behandlungserfolg bezüglich der Zielsymptomatik verzeichnet werden konnte als bei den PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung, da sich bei ersteren vermehrt völlige und deutliche Besserungen (59% vs. 38,5%) beobachten ließen. Verschlechterungen unter Therapie zeigten sich in keiner der beiden Vergleichsgruppen. Jedoch erreichen diese Ergebnisse nicht das gewählte Signifikanzniveau und können so nicht statistisch untermauert werden ($p=0,079$).

Tab. 5.25: Behandlungserfolg bezüglich der Zielsymptomatik

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Wilcoxon-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Völlig gebessert	1	2,6%	3	7,7%	p = 0,079
Deutlich gebessert	14	35,9%	20	51,3%	
Etwas gebessert	16	41,0%	12	30,8%	
Unverändert	8	20,5%	4	10,3%	
Verschlechtert	0	0,0%	0	0,0%	

Kooperation der PatientInnen

Im Vergleich der Kooperation der PatientInnen fällt auf, dass die PatientInnen der Kontrollgruppe etwas besser während der Behandlung kooperieren als PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung. Doch ist dieser Unterschied, wie Tabelle 5.26 zu entnehmen, nicht statistisch signifikant.

Tab. 5.26: Kooperation der PatientInnen während der Behandlung

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Wilcoxon-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Gut	11	28,2%	23	59,0%	p = 0,097
Mäßig gut	19	48,7%	10	25,6%	
Schwach	7	17,9%	4	10,3%	
Schlecht	2	5,1%	2	5,1%	

Kooperation der Eltern/der Bezugsperson

Bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung entfällt besonders häufig die Beurteilung der Kooperation der Eltern/der Bezugsperson, da sie nicht an der Behandlung beteiligt waren. Trotzdem scheint es, dass die Eltern/Bezugspersonen der KontrollpatientInnen in der Regel etwas besser kooperiert haben als die Eltern/Bezugspersonen der EIP-PatientInnen. Aber auch hier lässt sich kein signifikanter Unterschied nachweisen ($p=0,134$). Weitere Details zur Kooperation der Eltern/Bezugspersonen sind in Tabelle 5.27 aufgeführt.

Tab. 5.27: Kooperation der Eltern während der Behandlung

	Emotional instabile PS		Kontrollgruppe		Wilcoxon-Test
	Gesamtzahl (n) = 39		Gesamtzahl (n) = 39		
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Gut	14	35,9%	23	59,0%	p = 0,134
Mäßig gut	8	20,5%	9	23,1%	
Schwach	3	7,7%	2	5,1%	
Schlecht	1	2,6%	2	5,1%	
Entfällt	13	33,3%	3	7,7%	

5.3 Differenzierte Beschreibung der untersuchten Inanspruchnahmepopulation von Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung auf der Basis einer Auswertung von Krankenakten

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung der Krankenakten der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung genannt und in tabellarischer Form detailliert dargestellt. Die Stichprobengröße variiert dabei aufgrund fehlender Angaben in unvollständig erhobenen Abschnitten der einzelnen Krankengeschichten der untersuchten PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung.

5.3.1 Auffälligkeiten in der Familiengeschichte

Ein Großteil der jugendlichen Patienten lebt nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammen. So haben über 60% der Patienten die Trennung/Scheidung der Eltern

erlebt oder haben Eltern, die nicht zusammenleben. Ein Anteil von fast 30% kennt mindestens ein Elternteil nicht, sei es beispielsweise aufgrund einer Adoption ohne bisheriges Kennenlernen der leiblichen Eltern, einer strikten Kontaktverweigerung eines Elternteils oder einer Verheimlichung des Existierens eines gemeinsamen Kindes durch die Mutter. Unter den untersuchten PatientInnen gibt es auch Extremfälle wie ein One-Night-Stand der Eltern, nachdem nicht einmal die Mutter den Vater ihres Kindes namentlich kennt, oder das Aussetzen einer Patientin/eines Patienten im Säuglingsalter. Der Anteil der PatientInnen, die schon früh im Heim (vor dem 12. Lebensjahr) oder bei Pflege- oder Adoptiveltern aufgewachsen sind, beträgt über 40%. Zur weiteren Übersicht siehe Tabelle 5.28.

Tab. 5.28: Auffälligkeiten in der Familiengeschichte der PatientInnen

Auffälligkeiten in der Familiengeschichte	Gesamtzahl (n)	Trifft nicht zu	Trifft zu
Leibliche Eltern jemals geschieden/ getrennt/nicht zusammenlebend	34	13 38,2%	21 61,8%
Mindestens ein Elternteil dem Kind unbekannt	37	26 70,3%	11 29,7%
Jemals bei Pflege-/Adoptiveltern gelebt	37	24 64,9%	13 35,1%
Falls bei Pflege-/Adoptiveltern gelebt: jemals eine Trennung/Scheidung der Pflege-/Adotiveltern miterlebt			
Frühe Heimerziehung (< 12. Lebensjahr)	36	28 77,8%	8 22,2%
Patient nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen (frühe Heimerziehung oder/und Pflege-/Adoptivfamilie)	38	22 57,9%	16 42,1%

5.3.2 Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten 1. Grades

Fast zwei Drittel der PatientInnen erleben oder erlebten einen Substanzmissbrauch in Form von Drogen-, Alkohol- oder Tablettenmissbrauch in ihrer leiblichen, Pflege- oder Adoptivfamilie oder bei Eltern und Geschwistern, mit denen sie momentan nicht zusammenleben. Auch psychiatrische Erkrankungen kommen in der Hälfte der Fälle in ihrer direkten familiären Umgebung oder bei sehr nahen Verwandten vor. Darüber hinaus ist ein Viertel der PatientInnen von einem Suizidversuch im engsten Umfeld

betroffen. Zu Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten 1.Grades siehe Tabelle 5.29.

Tab. 5.29: Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten 1.Grades

Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten 1.Grades	Gesamtzahl (n)	Trifft nicht zu	Trifft zu
Substanzmissbrauch (Drogenkonsum, Alkohol- oder Tablettenmissbrauch) in der Kleinfamilie/bei Verwandten 1.Grades	25	9 36,0%	16 64,0%
Psychiatrische Erkrankungen in der Kleinfamilie/bei Verwandten 1.Grades	24	12 50,0%	12 50,0%
Suizidversuche in der Kleinfamilie/bei Verwandten 1.Grades	20	15 75,0%	5 25,0%

5.3.3 Belastende Lebensereignisse in der Anamnese der PatientInnen

Eine Übersicht bezüglich der belastenden Lebensereignisse in der Anamnese der PatientInnen stellt Tabelle 5.30 dar. Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch kommen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie überdurchschnittlich häufig vor. So sind zwei Drittel der untersuchten PatientInnen schon mindestens einmal Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden, über die Hälfte der PatientInnen haben körperliche Misshandlungen erlitten.

Tab. 5.30: Belastende Lebensereignisse in der Anamnese der PatientInnen

Belastende Lebensereignisse in der Anamnese der PatientInnen	Gesamtzahl (n)	Trifft nicht zu	Trifft zu
Körperliche Misshandlung in der Familie	26	13 50,0%	13 50,0%
Körperliche Misshandlung außerhalb der Familie	25	19 76,0%	6 24,0%
Körperliche Misshandlung insgesamt	29	12 41,4%	17 58,6%
Sexueller Missbrauch in der Familie	26	14 53,8%	12 46,2%
Sexueller Missbrauch außerhalb der Familie	27	14 51,9%	13 48,1%
Sexueller Missbrauch insgesamt	30	10 33,3%	20 66,7%

5.3.4 Substanzmissbrauch der PatientInnen

Die Häufigkeit des Vorkommens eines Substanzmissbrauchs ist in Tabelle 5.31 aufgeführt. Dieser Tabelle ist zu entnehmen, dass fast drei Viertel der jugendlichen PatientInnen bereits mindestens einmal einen Substanzmissbrauch in Form Konsum illegaler Drogen oder Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten betrieben haben. Allerdings konnte nur bei einer Patientin/einem Patienten ein Abhängigkeitssyndrom in Form einer Entzugssymptomatik nachgewiesen werden. Außerdem konsumieren dreiviertel der untersuchten PatientInnen Nikotin.

Tab. 5.31: Substanzmissbrauch der PatientInnen

Substanzmissbrauch der PatientInnen		Trifft nicht zu	Trifft zu
Konsum illegaler Drogen	29	13 44,8%	16 55,2%
Drogenabhängigkeit	31	30 96,8%	1 3,2%
Alkoholkonsum	32	11 34,4%	21 65,6%
Alkoholmissbrauch	31	21 67,7%	10 32,3%
Tablettenmissbrauch	26	19 73,1%	7 26,9%
Nikotinkonsum	32	8 25,0%	24 75,0%
Substanzmissbrauch allgemein (Drogenkonsum, Alkohol- und Tablettenmissbrauch)	34	9 26,5%	25 73,5%

5.3.5 Selbstschädigendes und suizidales Verhalten der PatientInnen

Selbstschädigende und suizidale Verhaltensweisen der PatientInnen in Form von Automutilationen, Gedanken, Vorbereitung oder Versuch eines Suizids sind Bestandteil der Diagnosekriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10. So können diese Verhaltensweisen auch in einem erheblichen Umfang bei PatientInnen mit dieser Diagnose nachgewiesen werden. Automutilationen, meist in Form von Schneiden und Ritzen, aber auch als Verbrennen oder den Kopf gegen harte Gegenstände schlagen, kamen bei über 80% der Jugendlichen vor. Die meisten der untersuchten PatientInnen litten unter Suizidgedanken, die bei fast zwei Drittel der PatientInnen in konkretere Vorbereitungen umgesetzt worden sind. Bei mehr als einem Drittel der PatientInnen ist es schließlich auch zu mindestens einem Suizidversuch gekommen. Zu selbstschädigendem Verhalten der PatientInnen siehe Tabelle 5.32.

Tab. 5.32: Selbstschädigendes Verhalten der PatientInnen

Selbstschädigendes und suizidales Verhalten der PatientInnen	Gesamtzahl (n)	Trifft nicht zu	Trifft zu
Automutilation	38	7 18,4%	31 81,6%
Suizidgedanken	36	2 5,6%	34 94,4%
Konkrete Suizidvorbereitungen	37	13 35,1%	24 64,9%
Suizidversuche	38	23 60,5%	15 39,5%

5.3.6 Komorbide Symptome der PatientInnen

Das Vorkommen komorbider Symptome ist in Tabelle 5.33 aufgeführt. Neben den diagnostischen Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 kommen noch weitere Symptome gehäuft in Verbindung mit dieser Diagnose vor. So können beim überwiegenden Anteil der PatientInnen depressive Symptome in Gegenwart oder Vergangenheit nachgewiesen werden. Auch Weglaufen und Streunen, Schulverweigerung oder Schwänzen, Schlafstörungen und Alptraumerleben sind Symptome, die bei einem Viertel bis einem Drittel der Jugendlichen im Laufe ihrer Störung zusätzlich auftreten.

Tab. 5.33: Komorbide Symptome der PatientInnen

Komorbide Symptome der PatientInnen	Gesamtzahl (n)	Trifft nicht zu	Trifft zu
depressive Symptomatik	38	6 15,8%	32 84,2%
Impulskontrollstörungen	38	22 57,9%	16 42,1%
Weglaufen/Streunen	39	29 74,4%	10 25,6%
Schulverweigerung/Schwänzen	39	29 74,4%	10 25,6%
Schlafstörungen	38	25 65,8%	13 34,2%
Alpträumerleben	39	28 71,8%	11 28,2%
Komorbide Symptome: sonstige	39	3 7,7%	36 92,3%

5.3.7 Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

Nur etwa ein Viertel der untersuchten PatientInnen war zum ersten Mal stationär in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, alle anderen wurden bereits mehrmals stationär in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken behandelt. Etwa ein Sechstel der Jugendlichen war schon mehr als sechs Mal in stationärer psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung. Eine genauere Übersicht liefert Tabelle 5.34.

Tab. 5.34: Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

Gesamtzahl (n)	einmalig	zweimalig	dreimalig	viermalig	fünfmalig	sechsmalig	mehr als sechsmalig
38	9 23,7%	11 28,9%	6 15,8%	4 10,5%	1 2,6%	1 2,6%	6 15,8%

6. Diskussion

Im folgenden Teil werden die bei der Untersuchung einer kompletten kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation von PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und deren Vergleich mit gematchten KontrollpatientInnen erhaltenen Ergebnisse in den größeren Zusammenhang bereits veröffentlichter Studien gestellt und mit diesen verglichen. Dabei ist es wichtig zu erwähnen, dass sich viele Studien, die zum Vergleich herangezogen werden, nicht auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung des ICD-10 beziehen, sondern auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung des DSM-III-R bzw. DSM-IV.

6.1 Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung

Die Hypothese, dass bei PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung seltener beide Elternteile zusammenleben als bei ihren Matching-PartnerInnen konnte nicht statistisch signifikant belegt werden. Zwar haben weniger PatientInnen aus der Kontrollgruppe (36,8%) getrennte oder geschiedene Eltern als die PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (46,7%), doch reicht die recht geringe Fallzahl und dazu noch einige fehlende Angaben nicht aus, um diese Hypothese statistisch zu untermauern. Diese Ergebnisse liegen sehr nahe an den Zahlen, die James und Mitarbeiter in ihrer 1996 veröffentlichten Studie ermittelten (James et al., 1996): hier waren die Eltern von 11 der 24 jugendlichen Borderline-PatientInnen (45,8%) geschieden, während dies bei 8 der 22 nach Alter und Geschlecht gematchten psychiatrischen KontrollpatientInnen (36,4%) zutraf. Doch auch dieses Ergebnis war statistisch nicht signifikant. Ähnlich fielen auch die Ergebnisse von Ludolph et al. (1990) aus: 55,6% der 27 BPS-Patientinnen vs. 52,2% der 23 psychiatrischen Kontrollpatientinnen hatten die Scheidung ihrer Eltern miterlebt. Noch höher, aber ebenfalls nicht signifikant, waren die ermittelten Zahlen in einer Studie von Guzder und Mitarbeiter: hier waren bei 70,7% der 41 Borderline-Kinder zwischen 7 und 12 Jahren die Eltern geschieden, was jedoch „nur“ für 52,6% der 57 psychiatrischen Kontrollen zutraf (Guzder et al., 1996). Diepold konnte in ihrer empirischen Untersuchung an 191 Kindern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei 21% der Kinder die Trennung der Eltern feststellen (Diepold, 1994), wobei es sich hier um Kinder zwischen 5 und 14 Jahren handelte.

In der Zusammenschau scheint es, dass Kinder und Jugendliche mit einer EIP häufiger als andere psychiatrische PatientInnen geschiedene oder getrennte Eltern haben, jedoch konnte keine der zitierten, vergleichenden Studien diesen Umstand statistisch belegen, was eventuell auch auf die jeweils recht kleinen Untersuchungspopulationen zurückzuführen sein könnte.

Die zweite Hypothese, dass bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie vorkommen als bei psychiatrischen KontrollpatientInnen, kann in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Zwar leiden dreiviertel der Verwandten ersten Grades der EIP-PatientInnen an psychiatrisch relevanten Erkrankungen, was als überdurchschnittlich hoch anzusehen ist, doch weisen auch die Familien der KontrollpatientInnen zu über der Hälfte vergleichbare Erkrankungen auf. Somit stimmt diese Untersuchung sehr gut mit den bisher veröffentlichten Studien von Ludolph et al. (1990) und Diepold (1994) überein. Ludolph und Mitarbeiter fanden bei 72% der Verwandten ersten Grades von Borderline-Patientinnen eine psychiatrische Erkrankung, was sie jedoch ebenfalls nicht signifikant von den Kontrollpatientinnen unterschied. Dreiviertel der Kinder in der Studie von Diepold hatten Eltern oder Großeltern mit psychogenen Erkrankungen. So lässt sich bislang nur sagen, dass in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen insgesamt häufig Angehörige unter psychiatrisch relevanten Erkrankungen zu leiden scheinen und dass PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung diesbezüglich keine Ausnahme bilden.

In der dritten Hypothese wird angenommen, dass sich bei Kindern und Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger ein Substanzmissbrauch findet als bei den gematchten KontrollpatientInnen. Tatsächlich konnte in der vorliegenden Untersuchung bei mehr als doppelt so vielen EIP-PatientInnen (31,4%) wie KontrollpatientInnen (14,3%) ein Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch diagnostiziert werden, jedoch reichte die kleine Fallzahl nicht aus, um einen signifikanten Unterschied nachweisen zu können. Fleischhaker und Mitarbeiter konnten ebenfalls bei einem Drittel der von ihnen untersuchten Borderline-Patientinnen einen schädlichen Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, Cannabinoiden und Halluzinogenen aufzeigen, jedoch fehlt noch eine Vergleichsgruppe (Fleischhaker et al., 2005). Auch Grilo et al. (1995) konnten bei jugendlichen Substanzkonsumenten eine erhöhte Komorbidität mit einer BPS

nachweisen. Auch Studien aus der Erwachsenenpsychiatrie unterstützen die bislang erhobenen Ergebnisse: So litten bei Zanarini et al. (1998) 64,1%, bei Zimmermann (1999) 66,1% der erwachsenen BPS- PatientInnen unter Substanzmissbrauch. Und es scheint, auch wenn die bisherigen Zahlen nicht signifikant waren, dass die Basis für diesen hohen Substanzmissbrauch unter erwachsenen BPS-PatientInnen bereits in der Jugend gelegt wird.

Die vierte Hypothese besagt, dass sich bei kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger selbstverletzendes Verhalten findet als bei den gematchten KontrollpatientInnen. Die vorliegende Untersuchung, bei der 59,0% der EIP-PatientInnen vs. 10,3% der Kontroll-PatientInnen Automutilationen aufwiesen, konnte diese Hypothese statistisch signifikant bestätigen. In der bereits erwähnten Therapiestudie von Fleischhaker et al. (2005) konnte bei elf der zwölf Studienteilnehmerinnen (91,67%) mit BPS bzw. mindestens drei Symptomen dieser Störung selbstverletzendes Verhalten, meist in Form von sich Schneiden und Ritzen, vor Therapiebeginn beobachtet werden. Gerade vor dem Hintergrund der Frage, in wie weit die Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung der ICD-10 bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung des DSM-IV auf Kinder und Jugendliche übertragen werden können, sprechen diese Beobachtungen dafür, dass selbstverletzende Handlungen auch bei Jugendlichen ein wichtiges Diagnosekriterium zu sein scheinen.

Ähnliches gilt für die fünfte Hypothese. Hier wurde angenommen, dass PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger Suizidgedanken aufweisen als die gematchten KontrollpatientInnen, was statistisch signifikant bestätigt werden konnte. So wiesen 75,0% der EIP-PatientInnen vs. 34,2% der KontrollpatientInnen Suizidgedanken auf, sowohl in leichter als auch in ausgeprägter Form. Diese bereits hohen Angaben werden in der Therapiestudie von Fleischhaker et al. (2005) sogar noch überschritten: dort litten alle Teilnehmerinnen (100%) unter Suizidgedanken. Auch in der Studie von Ludolph et al. (1990) hatten 26 der 27 Borderlinerinnen (96,3%) bereits mit einem Suizid gedroht, was sich signifikant von den Kontroll-Patientinnen unterschied, für die dies zu 73,9% zutraf. In einer deutschen Studie von Braun-Scharm zur Suizidalität bei kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen zeigten 7 der 11 PatientInnen (63,6%) mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung suizidales Verhalten (Braun-Scharm, 1996).

In der sechsten und letzten Hypothese wurde schließlich angenommen, dass auch durchgeführte Suizidversuche in der Gruppe der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger sind als in der Kontrollgruppe. So haben laut vorliegender Untersuchung 43,6% der EIP-PatientInnen vs. 15,4% der KontrollpatientInnen mindestens einen Suizidversuch in der Vergangenheit verübt. Dieser deutlich erscheinende Unterschied reichte jedoch aufgrund der recht kleinen Fallzahl und der verwendeten Bonferroni-Korrektur nicht für einen statistischen Beleg aus. Bereits veröffentlichte Studien, in denen Suizidversuche bei kinder- und jugendpsychiatrischen Borderline-PatientInnen berücksichtigt werden, kommen jedoch auf höhere Zahlen: Bei Fleischhaker et al. (2005) hatten 83,3% der Borderline-Patientinnen bereits Suizidversuche unternommen, bei Ludolph et al. (1990) 81,5%. Ludolph und Mitarbeiter trennen jedoch noch einmal „ernste Suizidversuche“ ab, deren Häufigkeit sie mit 18,5% angeben. Diese Ergebnisse für Jugendliche unterscheiden sich also kaum von den Zahlen, die aus Studien in der Erwachsenenpsychiatrie bekannt sind: Bei Soloff et al. (1994) hatten 72,6% der 84 untersuchten PatientInnen bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen.

6.2 Ergebnisse der explorativen Untersuchung

Während sich hinsichtlich der Frage, ob Elternteile bereits verstorben sind, beide Gruppen kaum unterscheiden, lässt sich im Hinblick auf die Wohnsituation der PatientInnen in der vorliegenden Studie eine sehr große und statistisch belegbare Differenz ausmachen: 68,4% der jungen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung leben bei keinem Elternteil mehr, während diese Situation auf lediglich 28,2% der KontrollpatientInnen zutrifft. Da das Alter ein Matchingkriterium war, lässt sich dieser Unterschied nicht allein damit begründen, dass von den älteren PatientInnen sicherlich schon einige eine eigene Wohnung bezogen haben, denn dies müsste für beide Gruppen gleichermaßen zutreffen. Betrachtet man dazu die Auswertung der Krankenakten, so fällt auf, dass 42,1% der EIP-PatientInnen schon früh im Heim oder bei Pflege-/Adoptiveltern gelebt haben. Für die KontrollpatientInnen liegen diesbezüglich leider keine Zahlen vor. So lässt sich nur feststellen, dass junge PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung überdurchschnittlich häufig nicht in ihrer Herkunftsfamilie leben. Allerdings lässt sich die Frage, ob das Aufwachsen außerhalb der

Primärfamilie ein Faktor für die Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist oder ob die Persönlichkeitsstörung des Kindes bzw. Jugendlichen zur Unterbringung außerhalb der Familie geführt hat, anhand der vorliegenden Zahlen nicht beantworten. Ludolph und Mitarbeiter konnten in ihrer Studie zeigen, dass jugendliche Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger adoptiert waren als die Patienten der psychiatrischen Vergleichsgruppe, was jedoch aufgrund der recht kleinen Versuchsgruppe nicht bedenkenlos verallgemeinert werden kann (Ludolph et al., 1990). In der bereits häufiger zitierten Studie von Diepold (1994) lebten 24% der Borderline-Kinder in Adoptiv-/Pflegefamilien und Heimen, was eine sehr viel geringere Zahl als in der vorliegenden Untersuchung ist, jedoch ist ein weiteres Mal auf die Altersdifferenz der Patienten zwischen den beiden Studien hinzuweisen.

Im Bereich „Schule“ gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Aufgrund der Altersspanne der untersuchten PatientInnen (14. bis 21. Lebensjahr) ist es schwierig, anhand der vorliegenden Zahlen konkrete Aussagen zum gegenwärtigen Schulbesuch und zum erreichten Schulabschluss zu machen, da die längere Schulzeit im Gymnasium die Abgrenzung erschwert und es scheinbar Unstimmigkeiten bei der Eingruppierung der Patienten in die unterschiedlichen Kategorien gegeben hat. So lassen sich die Angaben zum gegenwärtigen Schulbesuch und zum erreichten Schulabschluss nur schwer in Einklang bringen. Es ist jedoch die Tendenz zu sehen, dass mehr PatientInnen der Kontrollgruppe das Gymnasium besuchen als EIP-PatientInnen, was aber nicht statistisch belegt werden kann. Aus der Literatur sind keine näheren Angaben diesbezüglich bekannt. Schulbezogene Störungen und Schwierigkeiten treten in beiden Gruppen bei über der Hälfte der PatientInnen auf. Diepold (1994) konnte Schulschwierigkeiten bei einem Drittel der von ihr untersuchten Borderline-Kinder feststellen, wobei ein Teil der Kinder aber noch gar nicht im Schulalter waren, was diese Zahl wahrscheinlich verzerrt. In der Studie von Ludolph et al. (1990) wiesen 19,2% der BPS-Patientinnen Lernprobleme auf und unterschieden sich damit nicht signifikant von der Kontrollgruppe.

Vergleicht man die Symptomatik beider Untersuchungsgruppen, erhoben mittels der Marburger Symptomskalen, so fällt auf, dass PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger als die KontrollpatientInnen die Symptome „Aggressivität“, „Verstimmung“, „psychomotorische Symptome“ und „Suizidales Verhalten“ zeigen. Dieses Ergebnis ist insofern nicht verwunderlich, dass

Aggressivität als „Ausbrüche intensiven Ärgers“, „gewalttätiges und explosives Verhalten“ und „unangemessene, heftige Wut“ ein Diagnosekriterium sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV darstellt, ebenso wie die Verstimmung als „wechselnde, instabile Stimmung“ bzw. „affektive Instabilität“ und das suizidale Verhalten. Jedoch unterstützen die erhobenen Daten die Annahme, dass diese Diagnosekriterien, die ursprünglich aus der Erwachsenenpsychiatrie stammen, doch in gewissem Rahmen auch auf Kinder und Jugendliche mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung übertragbar sind und diese von anderen psychiatrischen PatientInnen dieser Altersgruppe unterscheiden.

77,8% der untersuchten PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung zeigen das Symptom „Aggressivität“ von minimaler bis schwerer Ausprägung, ein Ergebnis, das die Untersuchung von Chabrol und Mitarbeitern unterstützt: sie haben bei 85,6% von 35 SchülerInnen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unangemessene, heftige Wut beobachtet (Chabrol et al., 2001a). Diepold (1994) zeigte auf, dass 56% der in ihrer Studie einbezogenen, jüngeren Kinder heftige Aggressionen aufwiesen. Der Stellenwert, den das Diagnosekriterium „unangemessene, heftige Wut“ bei der Diagnose einer BPS auch bei Jugendlichen einnimmt, wird in der Studie von Becker et al. (2002) deutlich: dort konnte gezeigt werden, dass dieses Diagnosekriterium den besten negativ prädiktiven Wert von den DSM-III-R-Kriterien für die BPS unter Jugendlichen hat; das heißt, dass wenn dieses Symptom nicht vorliegt, die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass die Störung insgesamt nicht vorliegt. Unter dem Symptom „Verstimmung“ leiden 94,6% der hier untersuchten PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung, wiederum von minimaler bis schwerer Ausprägung. Vergleichbare Studien untersuchen nicht nur das Vorliegen von Symptomen, sondern das gleichzeitige Vorliegen einer Major Depression oder einer affektiven Störung, deren Vorkommen bei Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Studien mit Zahlen zwischen 19 und 86% angegeben werden (Garnet et al., 1994; Diepold, 1994; James et al., 1996; Chabrol et al., 2001a; Chabrol et al., 2002; Fleischhaker et al., 2005). Auch hier stammt der niedrigste Wert aus der Studie von Diepold mit Kindern zwischen 5 und 14 Jahren, in allen anderen Studien liegt der Anteil über 50%. Das signifikant häufigere Vorkommen von suizidalem Verhalten unter PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist bereits im Rahmen der Hypothesen fünf und sechs diskutiert worden. Desweiteren ist auffällig, dass jugendliche EIP-

PatientInnen in der vorliegenden Untersuchung signifikant häufiger psychomotorische Symptome (38,9%) zeigen als die KontrollpatientInnen (13,1%). Das ist eventuell auf das Vorliegen von Selbstverletzungen ohne Intention zur Spannungsreduktion zurückzuführen, wobei genauere Aussagen nicht möglich sind und dieser Symptomenkomplex auch in der Literatur nicht näher untersucht ist.

In einem nächsten Schritt wurde geprüft, ob sich die PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung hinsichtlich ihrer Diagnosen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) der ICD-10 von den gematchten KontrollpatientInnen unterscheiden. Hierzu sind in der Literatur keine vergleichbaren Studien verfügbar. Da alle PatientInnen der Untersuchungsgruppe unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung leiden, ist ein Vergleich beider Gruppen hinsichtlich ihres klinisch-psychiatrischen Syndroms, das auf der ersten Achse abgebildet wird, nicht möglich. Ebenfalls nicht möglich ist ein Vergleich beider Gruppen bezüglich ihres Intelligenzniveaus (dritte Achse), da dieses ein Matchingkriterium darstellt. Auf der zweiten Achse werden umschriebene Entwicklungsstörungen, wie Sprach- und Rechenstörungen, kodiert, die in beiden Gruppen kaum vorkommen. Ein gehäuftes Vorkommen ist bislang bei jugendlichen Borderline-PatientInnen auch nicht beschrieben. Ähnliches gilt für die körperliche Symptomatik, die auf der vierten Achse beschrieben wird: In beiden Gruppen leidet etwa ein Drittel der PatientInnen zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung an einer körperlichen Erkrankung, wobei auch hier in der bisherigen Literatur kein bemerkenswerter Unterschied beschrieben wurde. Von besonderem Interesse ist hingegen die fünfte Achse des MAS, auf der assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände dargestellt werden. Dabei wird ersichtlich, dass von den untersuchten EIP-PatientInnen signifikant mehr als von den KontrollpatientInnen unter solchen Umständen leiden. Während aus vorangegangenen Studien bereits einige Ergebnisse hinsichtlich einzelner abnormer psychosozialer Umstände vorliegen, ist es interessant zu sehen, dass auch im Gesamtüberblick junge PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vermehrt unter Situationen in ihrer Umgebung zu leiden haben, die psychisch belastend sind. Unter den in der vorliegenden Untersuchung näher differenzierten Umständen, ist vor allem die „abnorme unmittelbare Umgebung“ hervorzuheben, da sich hier die EIP-PatientInnen signifikant von den KontrollpatientInnen unterscheiden. Demnach leben PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung häufiger (84,2%) in einer Institution oder einer isolierten

Familie, haben eine abweichende Elternsituation oder leben unter Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung. Dies trifft auf 59,4% der KontrollpatientInnen zu. Da es sich um eine Zusammenfassung mehrerer Umstände handelt, ist nicht zu beurteilen, welcher der Unterpunkte die beiden Gruppen genau unterscheidet. Aufgrund der bereits genannten Ergebnisse ist jedoch zu vermuten, dass es auch hier vor allem die Erziehung außerhalb der Familie ist, die bei EIP-PatientInnen häufiger vorkommt als bei den psychiatrischen Kontrollen. Insgesamt lässt sich erkennen, dass jugendliche EIP-PatientInnen tendenziell unter mehr abnormen psychosozialen Umständen zu leiden haben als die KontrollpatientInnen (4,31 vs. 2,87), jedoch verfehlt dieses Ergebnis das geforderte Signifikanzniveau knapp, so dass diese Frage in einer größeren Studie erneut aufgegriffen werden muss. Auf der sechsten Achse des MAS wird schließlich die psychosoziale Anpassung in verschiedenen Bereich (z.B. in Beziehungen in- und außerhalb der Familie, in sozialen Situationen, in Schule und Beruf etc.) zusammenfassend beurteilt. Jedoch lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen. In der Literatur wird die psychosoziale Anpassung meist mit dem Durchschnittswert der „*Global Assessment Scale of Functioning*“ (GAF) angegeben, der sich aus den Daten der vorliegenden Untersuchung nicht mehr ermitteln lässt. Dabei wird der GAF-Wert in bereits veröffentlichten Studien zumeist zur Messung des Therapieerfolgs, weniger zum Vergleich zweier Patientengruppen verwendet. Vergleicht man die Daten zur Behandlung beider Gruppen miteinander, werden nur wenige Unterschiede deutlich. So verbleiben PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nicht länger in stationärer Behandlung als die KontrollpatientInnen, sondern, stützt man sich auf den Median, um die Werte nicht von sogenannten „Ausreißern“ verfälschen zu lassen, sogar kürzer (25 vs. 34 Tage), der Durchschnittswert liegt in beiden Gruppen bei 60 Tagen. In der Studie von James et al. (1996) waren die stationären Aufenthalte der 24 untersuchten BPS-PatientInnen (Durchschnittsalter: 14,9 Jahre) mit 13,5 Wochen, also 94,5 Tagen, deutlich länger, jedoch ebenfalls nicht signifikant von der Aufenthaltsdauer der KontrollpatientInnen (11,4 Wochen, d.h. 79,8 Tage) zu unterscheiden. In einer Studie aus der Erwachsenenpsychiatrie konnten Jerschke et al. (1998) zeigen, dass die durchschnittliche Liegezeit für Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik 77 Tage beträgt. Bei den eingesetzten Therapien fällt auf, dass PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung signifikant mehr

soziotherapeutische Maßnahmen in Anspruch nehmen müssen als die KontrollpatientInnen, während die Eltern der EIP-PatientInnen deutlich weniger in die Behandlung mit einbezogen werden können als bei den Kontrollen. Hier kann vermutet werden, dass die besonders häufige außerfamiliäre Erziehung der EIP-PatientInnen eine wichtige Ursache für diese Beobachtung ist. Hinsichtlich der eingesetzten Medikamentengruppen wird deutlich, dass PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mehr als doppelt so viele Thymoleptika erhalten als die gematchten psychiatrischen Kontrollen, was vor dem Hintergrund des signifikant häufigeren Vorkommens von Verstimmungen in der EIP-Gruppe zu verstehen ist. Ansonsten unterscheiden sich beide Gruppen weder bezüglich der weiter eingesetzten Medikamente, noch des Umfangs der einzelnen Behandlungen, ausgedrückt in der Anzahl der Sitzungen. Vor allem aus der Erwachsenenpsychiatrie ist bekannt, dass die Abbruchraten von Therapien bei PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung recht hoch sind. Bohus (2002) spricht von Abbruchraten um die 75% bei unspezifischen bzw. tiefenpsychologisch orientierten Therapien im Erwachsenenalter. Jerschke et al. (1998) konnten nachweisen, dass 21,2% der stationären Therapien von erwachsenen Borderline-Patientinnen in der BRD abgebrochen werden. Diesbezüglich gibt es wenige Studien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fleischhaker et al. (2005) berichten, dass drei der zwölf von ihnen untersuchten Borderline-Patientinnen die als Pilotprojekt durchgeführte dialektisch-behaviorale Therapie abbrachen, Vergleiche mit psychiatrischen Kontrollen liegen nicht vor. So ist es schwierig, die in der vorliegenden Untersuchung beobachtete Abbruchrate von 7,7% unter den EIP-PatientInnen zu beurteilen. Sie liegt jedoch um einiges niedriger als die Abbruchraten der KontrollpatientInnen (17,9%), allerdings nicht signifikant. Von besonderem Interesse ist schließlich auch der Behandlungserfolg bezüglich der Zielsymptomatik in beiden Patientengruppen, gilt doch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung als schwierig zu behandeln und der Krankheitsverlauf als ungünstig. Tendenziell ist der Behandlungserfolg bei den KontrollpatientInnen dieser Untersuchung tatsächlich besser, jedoch ist ein signifikanter Unterschied nicht nachweisbar, was natürlich auch auf den recht kleinen Gruppen von je 39 PatientInnen basieren kann. So wäre es sicher sinnvoll, den Erfolg der Behandlungen in deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungszentren noch einmal an einem größeren Patientenkollektiv zu überprüfen. Ähnliches gilt auch für die

Kooperation der PatientInnen unter der Therapie, wozu bislang keine vergleichenden Studien vorliegen. Auch hier ist eine Überlegenheit der Kontrollgruppe erkennbar, doch lässt sich dieser Unterschied nicht statistisch untermauern. Ob sich auch die Eltern bzw. Bezugspersonen hinsichtlich ihrer Behandlungskooperation unterscheiden, ist kaum beurteilbar, da in der Gruppe der EIP-PatientInnen ein Drittel der Eltern/Bezugspersonen nicht an der Behandlung beteiligt sind.

6.3 Ergebnisse der Auswertung der Krankenakten

Die Auswertung der Krankenakten überschneidet sich in einigen Punkten mit der Auswertung der Basisdokumentation, d.h. Informationen zu bestimmten Charakteristika der untersuchten Patientengruppe werden beiden Datenquellen entnommen. Ein Vergleich mit der nach Alter, Geschlecht und Intelligenz gematchten Kontrollgruppe kann jedoch nur auf Grundlage der Basisdokumentationsdaten vorgenommen werden. Vergleicht man jedoch die erhobenen Zahlen aus der Basisdokumentation mit denen aus den Krankenakten, so fallen bisweilen Diskrepanzen auf, die verwundern - handelt es sich doch um ein und dieselbe Patientengruppe. Meistens sind diese Unterschiede durch eine unterschiedliche Zahl von PatientInnen, zu denen Angabe vorlagen, zu erklären. Manchmal kann aber auch vermutet werden, dass die sehr ausführlichen Arztbriefe mit besonderer Sorgfalt verfasst werden und dabei auch auf länger zurückliegende Vorfälle eingegangen wird, die in der Basisdokumentation keinen Raum finden. So sind beide Auswertungen als sich ergänzend anzusehen, die nicht in Konkurrenz zueinander stehen.

Von den untersuchten PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung haben auffällig viele die Trennung/Scheidung ihrer leiblichen Eltern miterlebt oder haben Eltern, die nicht zusammenleben. Die Zahlen dieser Untersuchung (61,8%), die sich an den Angaben in den Krankenakten der PatientInnen orientieren, liegen damit etwas höher als die der Auswertung der Basisdokumentation (53,3%), was dadurch zu erklären ist, dass in der Basisdokumentation mehr dies betreffende Angaben fehlten. Bemerkenswert ist, dass etwa 42% der hier untersuchten jugendlichen PatientInnen in Pflege- oder Adoptivfamilien oder schon vor dem 12. Lebensjahr in Heimen aufgewachsen sind. Nur bei einem Patienten fehlen diesbezügliche Angaben. Damit liegen diese

Ergebnisse beträchtlich höher als die Ergebnisse von Diepold: In ihrer Untersuchung lebten 24% der Borderline-Kinder außerhalb ihrer Herkunftsfamilie (Diepold, 1994). Doch auch hier ist auf den großen Altersunterschied bei beiden Stichproben hinzuweisen: während Diepold Kinder zwischen 5 und 14 Jahren untersuchte, bezieht sich die vorliegende Untersuchung auf Jugendliche zwischen 14 und 21 Jahren.

Auch wenn die Datenlage in den Patientenakten bezüglich Substanzmissbrauch, psychiatrischer Erkrankungen und Suizidversuche in der Kleinfamilie oder bei Verwandten ersten Grades lückenhaft ist, kann tendenziell doch davon ausgegangen werden, dass diese Aspekte gehäuft in den Familien von jugendlichen PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorkommen.

Bei den 25 Patienten, bei denen Angaben bezüglich des Missbrauchs von Drogen, Alkohol oder Medikamenten in der Familie vorlagen, trat in fast zwei Dritteln der Fälle (64%) ein solcher Missbrauch auf. Selbst wenn sämtliche Familien, über die hier keine Informationen vorlagen, keinen Missbrauch dieser Substanzen aufweisen würden, beliefe sich der Anteil der Familien mit nachgewiesenem Substanzmissbrauch noch immer auf 41,0%, was als überdurchschnittlich hoch anzusehen ist. Doch wie während der Hypothesenprüfung im ersten Teil bereits gesehen, unterscheiden sich EIP-PatientInnen diesbezüglich nicht signifikant von anderen kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen.

Verglichen mit anderen durchgeführten Studien zeigen sich teilweise ähnlich hohe, teilweise niedrigere Werte: Guzder et al. kommen auf eine ebenso hohe Prävalenz (65,4%) eines Substanzmissbrauchs der Eltern von PatientInnen mit BPS; ein Ergebnis, das sich signifikant von ihrer klinischen Kontrollgruppe unterscheidet (Guzder et al., 1996). Auch eine neue Studie der Arbeitsgruppe, zu der Guzder gehört (Zelkowitz et al., 2004), konnte einen signifikanten Unterschied zwischen Kindern mit einer sogenannten „Borderline-Pathologie“ und einer Vergleichsgruppe (beide in tagesklinischer, kinderpsychiatrischer Behandlung) bezüglich des elterlichen Substanzmissbrauchs nachweisen. Ludolph et al. (1990) stellten bei 45,8% der Verwandten ersten Grades Drogen- und Alkoholmissbrauch fest, konnten jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Familien von Borderline-Patientinnen und von der klinischen Kontrollgruppe finden. Die Ergebnisse von Diepold sind wiederum sehr viel geringer: bei 11% der Patienten findet sich Alkoholismus, bei 24,1% eine Suchterkrankung in der Familie (Diepold, 1994).

In puncto psychiatrischer Erkrankungen in der Kleinfamilie oder bei Verwandten ersten Grades liegen mittels Basisdokumentation sehr viel vollständigere Ergebnisse vor als mittels Auswertung der Krankenakten, während in den Krankenakten mehr Suizidversuche in der nahen Verwandtschaft erfasst sind als in der Basisdokumentation. Diese hohe Rate an Suizidversuchen in den Kleinfamilien oder bei Verwandten ersten Grades von jugendlichen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung - in der vorliegenden Untersuchung bei 25% von 20 Patienten - deckt sich mit den Ergebnissen von Ludolph et al. (1990), die bei einem Drittel der Verwandten ersten Grades von Borderline-Patientinnen Suizidversuche in der Lebensgeschichte fanden.

Die Ergebnisse bezüglich körperlichen Missbrauchs inner- oder außerhalb der Familie liegen mit 58% am oberen Rand der aus der Literatur bekannten Angaben. In bisherigen Studien an Kindern und Jugendlichen mit BPS bzw. EIP war bei etwa 34 - 58% der untersuchten PatientInnen bekannt, dass sie Opfer körperlicher Misshandlungen sind (Brunner et al., 2001; Guzder et al., 1996; James et al., 1996; Diepold, 1994; Ludolph et al., 1990). In der Erwachsenenpsychiatrie liegen diesbezügliche Angaben bisweilen sogar noch höher: So berichten in der Montreal-Studie zu psychologischen Risikofaktoren der Borderline-Persönlichkeitsstörung 73% der untersuchten Borderline-PatientInnen von körperlichen Misshandlungen durch die Eltern (Paris, 2001).

Ein ähnliches Bild bietet sich beim sexuellen Missbrauch. Auch hier liegen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit 66% am oberen Rand bisher veröffentlichter Angaben: bisherigen Untersuchungen zufolge erleiden zwischen 18 und 62% der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal einen sexuellen Missbrauch (Brunner et al., 2001; Guzder et al., 1996; James et al., 1996; Diepold, 1994; Ludolph et al., 1990), wobei der niedrigste Wert wiederum aus der Arbeit von Diepold mit Kindern zwischen 5 und 14 Jahren stammt, denen im jugendlichen Alter noch ein erstmaliger Missbrauch widerfahren kann. In der erwähnten Montreal-Studie gaben 70% der weiblichen und 45% der männlichen erwachsenen Borderline-Patienten an, in der Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren zu haben (Paris, 2001).

Auch wenn diese Ergebnisse starken Schwankungen unterliegen, kann doch festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung überdurchschnittlich häufig Erfahrungen mit körperlicher und

sexueller Gewalt in ihrer Lebensgeschichte aufweisen, wobei an dieser Stelle natürlich der Vergleich mit anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten wichtig ist. Zelkowitz et al. (2004) beschrieben in ihrer vergleichenden Studie an 41 Kindern mit einer Borderline-Pathologie und 57 Kindern mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (beide Gruppen waren in psychiatrischer Behandlung in der Tagesklinik des Jewish General Hospitals in Montreal), dass erstere Gruppe signifikant häufiger Opfer eines sexuellen und/oder körperlichen Missbrauchs geworden war. Genaue Zahlen werden dabei leider nicht genannt.

Die bereits veröffentlichten Studienergebnisse (Fleischhaker et al., 2005; Mills et al., 2004; Chabrol et al., 2004; Serman et al., 2002; Grilo et al., 1995), die auf eine positive Korrelation zwischen einer BPS bzw. EIP und den Missbrauch von Drogen, Alkohol und Medikamenten hindeuten, konnten in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Etwa dreiviertel der untersuchten jugendlichen PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (73,5%) gaben anamnestisch einen missbräuchlichen Konsum der genannten Substanzen an. Dabei darf es nicht verwundern, dass diese Zahl soviel höher als das Ergebnis der Basisdokumentation ist, in der die Therapeuten lediglich bei etwa einem Drittel der jugendlichen EIP-PatientInnen einen Substanzmissbrauch diagnostizierten. Bei der Auswertung der Krankenakten wurde jedes missbräuchliche Einsetzen von Alkohol und/oder Drogen, auch bereits länger zurückliegende, gewertet, während sich die Marburger Symptomskalen der Basisdokumentation auf die letzten sechs Monate beziehen.

Der Anteil der PatientInnen mit Nikotinkonsum liegt mit 75% etwa in dem Bereich der Ergebnisse von Serman und Mitarbeiter, die bei 67% der von ihnen untersuchten Borderline-PatientInnen einen Nikotinkonsum feststellten; ein Ergebnis, das sich signifikant von der Kontrollgruppe der Nicht-Borderliner, die zu 40% Zigaretten rauchten, unterschied (Serman et al., 2002).

Bei der Auswertung der Krankenakten wurden bei 81,7% der PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung Automutilationen, bei 94,4% Suizidgedanken festgestellt. Diese Ergebnisse stimmen gut mit den Angaben in den Studien von Fleischhaker et al. (2005) und Ludolph et al. (1990) überein, die bereits bei der Diskussion von Hypothese 4 und 5 aufgeführt worden sind. Dabei fällt die starke Diskrepanz der Angaben in der Basisdokumentation und in den Krankenakten

auf. So ist in den meist sehr ausführlichen Arztbriefen häufiger von selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken die Rede als diese in der Basisdokumentation erfasst werden. Doch selbst mit den geringeren Zahlen der Basisdokumentation konnten die Hypothesen zu Automutilation und Suizidgedanken signifikant bestätigt werden.

Speziell zu konkreten Suizidvorbereitungen sind in der Literatur noch keine Ergebnisse zu finden.

Die veröffentlichten Ergebnisse bezüglich bereits verübter Suizidversuche, die bereits bei der Diskussion der sechsten Hypothese erwähnt sind, liegen allesamt über dem hier ermittelten Wert von fast 40% (Ludolph et al., 1990; Fleischhaker et al., 2005).

Untersucht man die Krankenakten hinsichtlich depressiver Symptome während und vor der stationären Aufnahme, so wird man bei einem Großteil der PatientInnen (84,2%) fündig. Die Angaben aus der Literatur bezüglich depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit einer BPS bzw. EIP zeigen hochgradige Schwankungen. So reichen die Ergebnisse von 19% bei Diepold (1994) über 58% bei James et al. (1996) zu 68,7% und 85,7% in zwei unterschiedlichen Studien von Chabrol et al. (2001a, 2002). Die beiden letzteren Studien sind mit nicht-klinischen Populationen jugendlicher Borderliner durchgeführt worden. Somit rangieren die vorliegenden Ergebnisse am oberen Rand der bisherigen Befunde.

Zu den weiterhin untersuchten komorbiden Symptomen, wie Impulskontrollstörungen, Weglaufen/Streunen, Schulverweigerung/Schwänzen, Schlafstörungen und Alpträumen, liegen bislang wenige Literaturangaben vor.

Zur Einordnung der Ergebnisse bezüglich Schlafstörungen, die in der untersuchten Inanspruchnahmepopulation bei 34,2% liegen, helfen zwei Studien von Diepold und Ludolph et al. weiter, die allerdings recht unterschiedliche Ergebnisse aufweisen. In der Untersuchung von Diepold (1994) zeigten 13% der Borderline-Kinder Schlafstörungen, bei Ludolph et al. (1990) konnte bei 51,9% der BPS-Patientinnen Insomnia und bei 22,2% Hypersomnia festgestellt werden. Letztere Ergebnisse unterschieden sich jedoch nicht signifikant von der psychiatrischen Kontrollgruppe.

Bei der Untersuchung der Anzahl stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken der EIP-PatientInnen fällt auf, dass nur ein Viertel (23,7%) zum ersten Mal stationär behandelt worden ist. Alle weiteren PatientInnen

waren bereits mehrfach in stationärer Behandlung, 15,8% der PatientInnen sogar mehr als sechsmalig. Leider liegen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang noch keine weiteren Studien zur Behandlungsgeschichte von Kindern und Jugendlichen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bzw. einer BPS vor. In der Erwachsenenpsychiatrie existiert jedoch eine deutsche Studie von Jerschke et al. (1998), die nachweist, dass 82,2% der teilnehmenden Borderline-Patientinnen zum Untersuchungszeitpunkt bereits stationär vorbehandelt waren und im Durchschnitt fünf stationäre Aufenthalte erlebt hatten. 13,3% der Patientinnen waren bereits mehr als acht Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Diese Angaben ähneln den vorliegenden Ergebnissen sehr, auch wenn sie nicht miteinander vergleichbar sind, da das Durchschnittsalter der beiden Stichproben und damit auch die mögliche Krankheitsdauer und die Zeit für stationäre Behandlungen stark voneinander abweichen.

6.4 Kritik und Grenzen

Im Hinblick auf den Aufbau der vorliegenden Untersuchung ist als ein wichtiger Punkt anzumerken, dass es sich, wie beschrieben, um eine retrospektive Studie handelt. Das hat naturgemäß zur Folge, dass weder die Daten zur Hypothesen- und explorativen Überprüfung noch die Daten für die Auswertung der Krankenakten primär für diese Zwecke erhoben worden sind. So musste mit dem verfügbaren Material gearbeitet werden, was dazu führte, dass zum einen nicht von allen Patienten sämtliche Daten vorlagen und zum anderen einige Aspekte des Krankheitsbildes „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ unbeleuchtet bleiben mussten. Jedoch wurde die vorliegende Auswertung mit der größtmöglichen Sorgfalt und gebotenen Vorsicht, z.B. im Umgang mit fehlenden Daten oder den gewählten Variablen, durchgeführt, um aussagekräftige, reproduzierbare Ergebnisse zu erhalten.

Ein weiterer Punkt von großer Wichtigkeit ist die recht kleine Population von 39 PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, eine Tatsache, die die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse wohlmöglich einschränkt. Doch aufgrund der von der ICD-10 und vielen Fachleuten geforderten Zurückhaltung bei der Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindesalter ist es verständlich, dass in dem Untersuchungszeitraum von elf Jahren nicht mehr Kinder und

Jugendliche als EIP-PatientInnen diagnostiziert wurden. Um trotzdem verwertbare Resultate zu erhalten, wurde das Verfahren der „*Matched Samples*“ gewählt, so dass zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe eine möglichst große Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

7. Zusammenfassung

Während die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (EIP) bzw. die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in der Erwachsenenpsychiatrie heute die am besten untersuchte Persönlichkeitsstörung darstellt, liegen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie trotz wachsenden Interesses bislang nur eingeschränkte Ergebnisse im Hinblick auf diese Persönlichkeitsstörung vor. Vor allem Übersichtsarbeiten, die verschiedene Aspekte der emotional instabilen/Borderline-Persönlichkeitsstörung beleuchten und konkrete Zahlen nennen, sind rar.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine klinische Inanspruchnahmepopulation von jugendlichen PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung detailliert zu beschreiben und sechs Hypothesen zu überprüfen.

Dazu erfolgte die Auswertung der elektronisch archivierten Basisdokumentation aller PatientInnen mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, die im Zeitraum von 1992 bis 2002 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -therapie Marburg stationär behandelt wurden (N=39), sowie deren Vergleich mit nach Geschlecht, Alter und Intelligenz gematchten psychiatrischen KontrollpatientInnen. Zudem wurden die Krankenakten der PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ausgewertet.

Die Hypothesen, dass jugendliche EIP-PatientInnen vermehrt selbstverletzendes Verhalten zeigen und stärker unter Suizidgedanken leiden als ihre psychiatrischen Kontrollen, konnten bestätigt werden. Nicht verifizieren lassen konnten sich hingegen die Hypothesen, dass EIP-PatientInnen häufiger geschiedene Eltern haben, mehr psychiatrisch relevante Erkrankungen in der Familie aufweisen, häufiger Substanzmissbrauch betreiben und öfter Suizidversuche verüben, als die psychiatrischen KontrollpatientInnen.

Im explorativen Vergleich der EIP-PatientInnen mit den entsprechenden KontrollpatientInnen fiel auf, dass sich beide Gruppen v.a. bezüglich der Symptome Aggressivität, Verstimmung und suizidales Verhalten, sowie im Bereich der psychosomatischen Symptome unterscheiden; Symptome, die die EIP-PatientInnen in dieser Untersuchung häufiger zeigten. Außerdem konnte gezeigt werden, dass EIP-PatientInnen signifikant seltener bei ihren Eltern und öfter unter abnormen psychosozialen Umständen leben, wobei dies dadurch zustande kommt, dass sehr viele EIP-PatientInnen in einer Institution betreut werden. Im Bereich Schule, in der

Beurteilung der psychosozialen Anpassung sowie im Bereich des Therapieumfangs und des Therapieerfolgs unterscheiden sich beide Gruppen nicht signifikant.

Bei der Auswertung der Krankenakten, für die kein Vergleich mit psychiatrischen KontrollpatientInnen zur Verfügung stand, fiel auf, dass etwa 70 % der PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung einen Substanzmissbrauch (Drogen, Alkohol, Tabletten) und etwa 75% einen Nikotinkonsum betreiben. In der Lebensgeschichte der untersuchten PatientInnen konnte nachgewiesen werden, dass etwa 59% Opfer von körperlichem Missbrauch, v.a. in der Familie, und etwa 67% der PatientInnen Opfer von sexuellem Missbrauch sind.

Somit deckt sich diese Untersuchung in vielen Bereichen mit den bereits existierenden Zahlen anderer Studien an jugendlichen und auch erwachsenen PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung/Borderline-Persönlichkeitsstörung. Allerdings beziehen sich diese Studien oft, ebenso wie die vorliegende Untersuchung, auf kleine Fallzahlen und unterscheiden sich bzgl. der untersuchten Population. Zu einigen der untersuchten Aspekte, z.B. bzgl. des Therapieverlaufs, der Kooperation von PatientInnen und Eltern oder einzelner Symptomenkomplexe, bestehen noch keine vergleichbaren Ergebnisse.

Es ist sicherlich erforderlich, der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter, gerade auch vor dem Hintergrund der Diskussion über die Diagnostizierbarkeit dieser Erkrankung, verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen. Insbesondere sind Studien an größeren Patientenkollektiven erforderlich.

8. Literaturverzeichnis

Die Aufführung der verwendeten Literatur richtet sich nach den Vorgaben der „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“.

Adam, A. & Peters, M. (2003). *Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Ein integrativer Ansatz für die psychotherapeutische und sozialpädagogische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Barratt, E.S. (1985). *Impulsiveness subtraits: arousal and information processing*. In: Spence JT, Izard CE, (Eds.), *Motivation, emotion, and personality*. North-Holland: Elsevier Science Publishers B.V. 137-146.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Morey, L.C., Walker, M.L., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 200-205.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry* 157, 2011-2016.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell W.S. & McGlashan, T.H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry* 159, 2042-2047.

Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, C.N., Schwab-Stone, M., Siever, L.J. & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 150, 1237-1243.

Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*.

Bohus, M., Limberger, M., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 51, 201-211.

Bohus, M. (2002). *Borderline- Störung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Bohus, M. & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 78, 1069-1081.

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R.D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philipsen, A. & Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology* 42, 32-39.

- Bondurant, H., Greenfield, B. & Tse, S.M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* 13, 53-57.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C. & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46(9), 1006-1019.
- Braun-Scharm, H. (1996). Suicidality and personality disorders in adolescence. *Crisis* 17(2), 64-68.
- Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A. & Mann, J.J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 154(12), 1715-1719.
- Bronisch, T. (2003). *Definition, Klassifikation und allgemeine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen*. In: Herpertz, S.C. & Saß, H. (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (pp 4-16). Stuttgart: Thieme.
- Brunner, R., Parzer, P. & Resch, F. (2001). Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* 5, 4-12.
- Brunner, R., Ceumern-Lindenstjerna, I.A., Renneberg, B. & Resch, F. (2003). Borderline Persönlichkeitsstörung im Jugendalter: Klinische und klassifikatorische Probleme der Diagnosesicherung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 24(3), 365-381.
- Bürgin, D. & Meng, H. (2000). *Gibt es Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen?* In: Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (pp 755-770). Stuttgart: Schattauer.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A. & Callahan, S. (2001a). Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients. *L'Encephale* 27(2), 120-127.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S. & Mullet, E. (2001b). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, 847-849.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Callahan, S., Duconge, E. & Sztulman, H. (2002). Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents. *L'Encephale* 28, 520-524.
- Chabrol, H., Duconge, E., Roura, C. & Casas, C. (2004). Relations between anxious, depressive and borderline symptomatology and frequency of cannabis use and dependence. *L'Encephale* 30(2), 141-146.

- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V. & McGorry, P.D. (2008). *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477-484.
- Conte, H.R., Plutchik, P., Karasu, T.B. & Jerrett, J. (1980). A self-report Borderline-Scale. Discriminating validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease* 168, 428-435.
- De la Fuente, J.M., Goldman, S., Stanus, E., Vizuete, V., Morlan, I., Bobes, J. & Mendlewicz, J. (1997). Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research* 31, 531-541.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarbeitete Auflage). Deutscher Ärzte Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (4., durchgesehene und ergänzte Auflage). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Diepold, B. (1992). Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41, 207-214.
- Diepold, B. (1994). „Borderline- Kinder“. Zwischenergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 81, 5-41.
- Diepold, B. (1995). Borderline- Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Therapie und Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44, 270-279.
- Donegan, N. H., Sanislow, C.A., Blumberg H.P., Fulbright, R.K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J.C., Olson, I.R., McGlashan, T.H. & Wexler, B.E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry* 54, 1284-1293.
- Driessen, M., Hermann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M. & Petersen, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry* 57, 1115-1122.
- Ekstein, R. & Wallerstein, J. (1954). Observations on the psychology of borderline and psychotic children – Report from a current psychotherapy research project at Southard School. *Psychoanalytic Study of the Child* 9, 344-369.
- Eysenck, S.B.G., Pearson, P.R., Easting, G. & Allsopp, J.F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences* 6, 613-619.

- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Schulz, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung. *Kindheit und Entwicklung* 14(2), 112-127.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 34(1), 15-25; quiz 27-27.
- Garnet, K.E., Levy, K.N., Mattanah, J.J.F., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry* 151, 1380-1382.
- Geleerd, E.R. (1947). A contribution to the problem of psychoses in childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 2, 271-291.
- Geleerd, E.R. (1958). Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child* 13, 279-295.
- Goldman, S.J., D'Angelo, E.J., DeMaso, D.R. & Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 149, 1723-1726.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Walker, M.L., Levy, K.N., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1995). Psychiatric comorbidity in adolescent inpatients with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34(8), 1085-1091.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Fehon, D.C., Walker, M.L., Edell, W.S., McGlashan, T.H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *American Journal of Psychiatry* 153, 1089-1091.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (2001). Stability and Change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry* 42(5), 364-368.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E. & Austin, V. (1981). The diagnosing interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 138, 896-903.
- Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P. & Marchessault, K. (1996). Risk factors for borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(1), 26-33.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I.M. & Bohus, M. (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51, 246-254.

- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E.M., Mühlbauer, V., Schürkens, A. & Saß, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: Results of an experimental study. *Journal of Affective Disorders* 44(1), 31-37.
- Herpertz, S., Sass, H., Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research* 31, 451-465.
- Herpertz, S.C., Dietrich, T.M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S.G., Willmes, K., Thron, A. & Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry* 50, 292-298.
- Herpertz, S.C. (2003). *Biologische Störungsmodelle*. In: Herpertz, S.C. & Saß, H. (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (pp 17-26). Stuttgart: Thieme
- Herpertz, S.C. & Wenning, B. (2003). *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung*. In: Herpertz, S.C. & Saß, H. (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (pp 84-102). Stuttgart: Thieme
- Herpertz-Dahlmann, B. (2003). *Persönlichkeitsstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht*. In: Herpertz, S.C. & Saß, H. (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (pp 167-176). Stuttgart: Thieme.
- Hyler, S.E. & Rieder, R.O. (1987). *Personality Disorders Questionnaire-Revised (PDQ-R)*. New York State Psychiatric Institute (Originalversion 1983).
- James, A., Berelowitz, M. & Vereker, M. (1996). Borderline personality disorder: a study in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry* 5, 11-17.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 66(12), 545-552.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A.E., Hamagami, F. & Brook, J.S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 265-275.
- Königsberg, H.W., Harvey, P.D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A.S., Goodman, M., Silverman, J.M., Serby, M., Schopick, F. & Siever, L.J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 159(5), 784-788.
- Levy, K.N., Becker, D.F., Grilo, C.M., Mattanah, J.J., Garnet, K.E., Quinlan, D.M., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry* 156, 1522-1528.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet* 364, 453-461.

- Linehan, M.M. & Hart, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50, 971-974.
- Links, P.S., Gould, B. & Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 48(5), 301-310.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J.M. & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32(3), 162-173.
- Livesley, W.J. (2005). Principles and Strategies for Treating Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(8), 442-450.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berner, W., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Ono, Y., Regier, D.A., Tyrer, P. & von Cranach, M. (1994). IPDE: The International Personality Disorder Examination. The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry* 51, 215-224.
- Ludolph, P.S., Westen, D., Mislé, B., Jackson, A., Wixom, J. & Wiss, F.C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry* 147, 470-476.
- Lyoo, I.K., Han, M.H. & Cho, D.Y. (1998). A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders* 50, 235-243.
- Mattanah, J.J., Becker, D.F., Levy, K.N., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 152, 889-894.
- McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C. & Stout, R.L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 256-264.
- Meijer, M., Goedhart, A.W. & Treffers, P.D. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders* 12, 13-22.
- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J. & Jacobson, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review* 28, 969-981.
- Mills, K.L., Teesson, M., Darke, S., Ross, J. & Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment* 27, 67-73.

- Modestin, J., Albrecht, I., Tschaggelar, W. & Hoffmann, H. (1983). Diagnosing borderline: a contribution of the question of its conceptual validity. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 233(5), 359-370.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L. & Gallaher, P.E. (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders. *American Journal of Psychiatry* 152, 571-578.
- Paris, J. (2001). *Kindheitstrauma und Borderline- Persönlichkeitsstörung*. In: Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline- Störungen* (pp 159-166). Stuttgart: Schattauer
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 42, 482-487.
- Paris, J.(2005a). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal* 172(12), 1579-1583.
- Paris, J. (2005b). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(8), 435-441.
- Paris, J.(2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology* 5, 75-88.
- Pinto, A., Grapentine, W.L., Francis, G. & Picariello, C.M. (1996). Borderline personality disorder in adolescents: affective and cognitive features. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(10), 1338-1343.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(2), 146-157.
- Remschmidt, H. & Schmidt M.H. (Hrsg.) (1986). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shatter und Sturge: mit einem synoptischen Vergleich zum DSM-III*. Bern: Huber.
- Rosenfeld, S.K. & Sprince, M.P. (1963). An attempt to formulate the meaning of the concept "Borderline". *Psychoanalytic Study of the Child* 18, 603-635.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.) (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schmahl, C.G., Vermetten, E., Elzinga, B.M. & Douglas Bremner, J. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research* 122, 193-198.
- Serman, N., Johnson, J.G., Geller, P.A., Kanost, R.E., Zacharapoulou, H. (2002). Personality disorders associated with substance use among American and Greek adolescents. *Adolescence* 37(148), 841-854.

- Silk, K.R. (2000). Borderline personality disorder. Overview of biologic factors. *The Psychiatric Clinics of North America* 23(1), 61-75.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J.J., Winchel, R. & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry* 149, 221-226.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis. I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry* 51, 936-950.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J. & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 151(9), 1316-1323.
- Soloff, P.H., Meltzer, C.C., Greer, P.J., Constantine, D. & Kelly, T.M. (2000). A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biological Psychiatry* 47, 540-547.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID)I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry* 49(8), 624-629.
- Stiglmayr, C.E., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M.F. & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – a controlled study. *Journal of Psychiatric Research* 35(2), 111-118.
- Stone, M.H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry* 162, 299-313.
- Streeck- Fischer, A. (2000). Borderlinestörung im Kindes- und Jugendalter – ein hilfreiches Konzept? Diagnostik und Therapie von neurotischen Entwicklungsstörungen. *Psychotherapeut* 45(6), 356-365.
- Streeck- Fischer, A. (2008). Die Borderline- Persönlichkeit(entwicklungs)sstörung im Jugendalter. Diagnostik, Behandlungsvoraussetzungen, Gestaltung des Rahmens, Phasen der Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57, 693-717.
- Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegle, K., Lemieux, L., Lieb, K., Bohus, M., Henning, J., Ebert, D., (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry* 54(2), 163-171.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41, 416-425.

- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 58, 590-596.
- Tress W., Wöller, W., Hartkamp, N., Langenbach, M. & Ott, J. (Hrsg.) (2002). *Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Trull,T.J., Stepp, S.D. & Durrett C.A. (2003). Research on borderline personality disorder: an update. *Current Opinion in Psychiatry* 16, 77-82.
- Tucker, L., Bauer, S.F., Wagner, S., Harlam, D. & Sher, I. (1987). Long-term hospital treatment of borderline patients: a descriptive outcome study. *American Journal of Psychiatry* 144, 1443-1448.
- Westen, D., Ludolph, P., Lerner, H., Ruffins, S. & Wiss, F.C. (1990). Object relations in borderline adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 338-348.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S. & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry* 160, 952-966.
- Widiger, T.A. & Weissman, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 42(10), 1015-1021.
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(9), 933-941.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders* 3(1), 10-18.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. & Frankenburg, F.R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147(1), 57-63.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F., Levin, A., Yong, L. & Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 154, 1101-1106.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 155,1733-1739.
- Zanarini, M.C. & Frankenburg, F.R. (2003a). Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *American Journal of Psychiatry* 160, 167-169.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2003b). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 160, 274-283.

Zelkowitz, P., Guzder, J., Paris, J., Feldman, R., Roy, C. & Schiavetto, D. (2004). Borderline Pathology in childhood: Implications of early Axis II diagnoses. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* 13, 58-61.

Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 40, 245-252.

Zimmermann, P. & Fimm, B. (1995). *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)*. Herzogenrath: PsyTest.

9. Anhang

9.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation, Basisdokumentation (3. Auflage, 1.1.1992)

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt – Hans-Sachs-Straße 6, 3550 Marburg

Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation

Basisdokumentation (Anamnesendokumentation)

3. Auflage 1.1.1992

In geschlossenen Kästchen der Art ☐ sind Kreuze einzutragen,
in offene Felder der Art ☐ sind Nummern einzutragen.

1. IDENTIFIKATION

Fall-Nummer ☐☐☐ ☐☐☐☐ (wird von Doku.-Assist. codiert)

Platz für Aufkleber

(Name, Vorname, Geburtsdatum,
Geschlecht, Mehrling, Station)

- 1 ☐ Dokumentation ist normal bearbeitet
- 2 ☐ Dokumentation ist nicht bearbeitet, da es sich um einen Durchgangsfall (z. B. Aufnahme nur für CT o. ä.) handelt.
Grund: _____
- 3 ☐ Dokumentation nicht bearbeitet (obwohl der Fall registriert ist), weil keine Diagnostik durchgeführt wurde (z. B. Fehlüberweisung, sofortiger Abbruch)
Grund: _____

2. ANAMNESE

BLOCK 1: ANGABEN ZUR PERSON UND VORSTELLUNG

Vorstellungs-/Aufnahmedatum

☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Wurde der Patient schon früher in der Klinik/Tageskl./Polikl./EB/Dienst vorgestellt? (Eine vorhergehende Vorstellung im selben Kalenderjahr zählt nicht als frühere Vorstellung)

1 ja ☐ 2 nein ☐ 9 unbekannt ☐

Zweck der Aufnahme:

1 ☐ Diagnose, Beratung, Therapie 2 ☐ Gutachten 3 ☐ sonstiges

Rechtsgrundlage der Aufnahme:

- 1 ☐ Freiwillig durch die Person, bei der das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt
2 ☐ Polizei, richterliche, staatsanwaltschaftliche Anordnung

Nationalität

deutsch ☐

ausländisch ☐ , wenn ja, welche: _____

☐☐☐

(wird von Doku.-Assist. codiert)

Religion: _____

☐

(wird von Doku.-Assist. codiert)

Aufenthaltort des Patienten (unbekannt mit 999999 codieren) zum Zeitpunkt der Aufnahme:

Postleitzahl ☐☐☐☐☐☐ Wohnort _____

Aufnahme woher (= Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Aufnahme)

- | | |
|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> entfällt | 06 <input type="checkbox"/> Heim ohne therapeutische Ausrichtung, Internat |
| 02 <input type="checkbox"/> zuhause | 07 <input type="checkbox"/> Haftanstalt |
| 03 <input type="checkbox"/> andere (kinder-)psychiatrische Klinik | 08 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 04 <input type="checkbox"/> nicht psychiatrische Klinik | 09 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 05 <input type="checkbox"/> therapeutische Spezialeinrichtung: Übergangsheim, Therapieheim | |

Veranlassung/Anregung zur Vorstellung/Aufnahme durch

(Mehrfachnennungen möglich; maximal 5 Nennungen):

eigenes Universitätsklinikum:

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> kinderpsychiatrische Poliklinik / Tagesklinik / Klinik / ÄPJ / EB | 03 <input type="checkbox"/> Kinderpoliklinik / Klinik |
| 02 <input type="checkbox"/> psychiatrische Poliklinik / Klinik | 04 <input type="checkbox"/> andere Polikliniken / Kliniken: _____ |

andere Kliniken:

- | | |
|--|---|
| 05 <input type="checkbox"/> kinderpsychiatrische Poliklinik / Tagesklinik / Klinik | 07 <input type="checkbox"/> Kinderpoliklinik / Klinik |
| 06 <input type="checkbox"/> psychiatrische Poliklinik / Klinik | 08 <input type="checkbox"/> andere Polikliniken / Kliniken: _____ |

niedergel. Ärzte / Psychologen / Therapeuten:

- | | |
|---|--|
| 09 <input type="checkbox"/> Kinderpsychiater | 13 <input type="checkbox"/> sonstige Ärzte: _____ |
| 10 <input type="checkbox"/> Nervenarzt / Psychiater | 14 <input type="checkbox"/> Psychotherapeut / Psychologe |
| 11 <input type="checkbox"/> Kinderarzt | 15 <input type="checkbox"/> andere Therapeuten (Logopädie, Krankengymnastik u. ä.) |
| 12 <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt | |

Institutionen:

- | | |
|--|---|
| 16 <input type="checkbox"/> kinderpsychiatrischer Dienst | 24 <input type="checkbox"/> Sozialamt |
| 17 <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | 25 <input type="checkbox"/> Arbeitsamt |
| 18 <input type="checkbox"/> Frühförderstelle | 26 <input type="checkbox"/> Gericht / Justizbehörden |
| 19 <input type="checkbox"/> Kindergarten / Schule | 27 <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter oder Jugendlicher selbst |
| 20 <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst | |
| 21 <input type="checkbox"/> Heim | 28 <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| 22 <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | 99 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 23 <input type="checkbox"/> Jugendamt | |

BLOCK 2: AUFENTHALTSFAMILIE

Alle Items im Block AUFENTHALTSFAMILIE beziehen sich auf die Personen, die mit dem Patienten im selben Haushalt leben.

- 1 ☐ Patient lebt in einer Familie; der Block wird ausgefüllt
- 2 ☐ Trifft nicht zu; Patient lebt nicht in einer Familie. Wenn der Patient nicht in einer Familie lebt, wird der Block Aufenthaltsfamilie nicht ausgefüllt (übersprungen).

BLOCK 2.1: MUTTER / ERSATZMUTTER DER AUFENTHALTSFAMILIE

Mutter / Ersatzmutter ist die Person, die kontinuierlich mit dem Patienten im selben Haushalt wohnt und die Mutterrolle einnimmt.

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu, da Kind / Jugendlicher nicht bei (Ersatz-)Mutter lebt | 5 <input type="checkbox"/> Pflegemutter |
| Kind / Jugendlicher wohnt bei Mutter/ Ersatzmutter | 6 <input type="checkbox"/> Großmutter |
| 2 <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter | 7 <input type="checkbox"/> Verwandte |
| 3 <input type="checkbox"/> Stiefmutter | 8 <input type="checkbox"/> sonst. Ersatzmutter (z. B. Lebenspartnerin des Vaters o. ä.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Adoptivmutter | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |

Geburtsjahr der Mutter / Ersatzmutter der Aufenthaltsfamilie

--	--	--	--

(unbekannt mit 9999 codieren)

Derzeitige Tätigkeit der Mutter / Ersatzmutter

- 01 ☐ nie erwerbstätig gewesen
- 02 ☐ im Augenblick / derzeit nicht mehr erwerbstätig (Hausfrau)
- 03 ☐ arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), kürzer als 1/2 Jahr
- 04 ☐ arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), länger als 1/2 Jahr
- 05 ☐ in Ausbildung, Umschulung
- 06 ☐ Rentnerin / Pensionärin
- 07 ☐ Teilzeitbeschäftigung unter 15 Wochenstunden oder unregelmäßige Beschäftigung / Gelegenheitsarbeit
- 08 ☐ regelmäßige Teilzeitbeschäftigung (15 bis 34 Wochenstunden)
- 09 ☐ voll erwerbstätig (35 Wochenstunden und mehr)
- 99 ☐ unbekannt

Sozioökonomischer Status der Mutter (nach ZUMA)

Die Kodierung orientiert sich an der aktuellen beruflichen Position; wenn die Mutter zur Zeit nicht erwerbstätig ist, wird die zuletzt eingenommene berufliche Position kodiert.

- | | |
|--|--|
| 9 <input type="checkbox"/> Information fehlt | 4 <input type="checkbox"/> Einfache Angestellte und Beamte |
| 8 <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar (entfällt), da die Mutter noch nie erwerbstätig war | Vorarbeiter |
| 7 <input type="checkbox"/> Freie Berufe | Landwirte mit 20 bis 49 ha |
| Höhere Angestellte und Beamte | 3 <input type="checkbox"/> Facharbeiter |
| Selbständige mit mehr als 10 Mitarbeitern | Landwirte mit 10 bis 19 ha |
| 6 <input type="checkbox"/> Gehobene Angestellte und Beamte | 2 <input type="checkbox"/> Angelernte Arbeiter |
| Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern | Landwirte bis 9 ha |
| 5 <input type="checkbox"/> Mittlere Angestellte und Beamte | 1 <input type="checkbox"/> Ungelernte Arbeiter |
| Selbständige bis ein Mitarbeiter | |
| Meister und Werkmeister | |
| Landwirte mit mehr als 50 ha | |

Gesundheitszustand der Mutter /Ersatzmutter

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> gesund | 6 <input type="checkbox"/> geringe körperl. Belastbarkeit |
| 2 <input type="checkbox"/> chronische körperl. Erkrankung | 7 <input type="checkbox"/> geringe psychische Belastbarkeit |
| 3 <input type="checkbox"/> chronische psychische Erkrankung | |
| 4 <input type="checkbox"/> akute körperl. Erkrankung | 8 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> akute psychische Erkrankung | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

BLOCK 2.2: VATER / ERSATZVATER DER AUFENTHALTSFAMILIE

Vater / Ersatzvater ist die Person, die kontinuierlich mit dem Patienten im selben Haushalt wohnt und die Vaterrolle einnimmt.

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu, da Kind / Jugendlicher nicht bei (Ersatz-) Vater lebt | 6 <input type="checkbox"/> Großvater |
| Kind / Jugendlicher wohnt bei Vater / Ersatzvater | 7 <input type="checkbox"/> Verwandtem |
| 2 <input type="checkbox"/> leiblichem Vater | 8 <input type="checkbox"/> sonst. Ersatzvater (z. B. Lebenspartner d. Mutter u. ä.) |
| 3 <input type="checkbox"/> Stiefvater | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
| 4 <input type="checkbox"/> Adoptivvater | |
| 5 <input type="checkbox"/> Pflegevater | |

Geburtsjahr des Vaters / Ersatzvaters der Aufenthaltsfamilie

--	--	--	--	--

(unbekannt mit 9999 codieren)

Derzeitige Erwerbstätigkeit des Vaters / Ersatzvaters

- | | |
|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> nie erwerbstätig gewesen | 06 <input type="checkbox"/> Rentner / Pensionär |
| 02 <input type="checkbox"/> im Augenblick / derzeit nicht mehr erwerbstätig (Hausmann) | 07 <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung unter 15 Wochenstunden oder unregelmäßige Beschäftigung / Gelegenheitsarbeit |
| 03 <input type="checkbox"/> arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), kürzer als 1/2 Jahr | 08 <input type="checkbox"/> regelmäßige Teilzeitbeschäftigung (15 bis 34 Wochenstunden) |
| 04 <input type="checkbox"/> arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), länger als 1/2 Jahr | 09 <input type="checkbox"/> voll erwerbstätig (35 Wochenstunden und mehr) |
| 05 <input type="checkbox"/> in Ausbildung, Umschulung | 99 <input type="checkbox"/> unbekannt |

Sozioökonomischer Status des Vaters (nach ZUMA)

Die Kodierung orientiert sich an der aktuellen beruflichen Position; wenn der Vater zur Zeit nicht erwerbstätig ist, wird die zuletzt eingenommene berufliche Position kodiert.

- | | |
|---|--|
| 9 <input type="checkbox"/> Information fehlt | Meister und Werkmeister |
| 8 <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar (entfällt), da der Vater noch nie erwerbstätig war | Landwirte mit mehr als 50 ha |
| 7 <input type="checkbox"/> Freie Berufe, Höhere Angestellte und Beamte | 4 <input type="checkbox"/> Einfache Angestellte und Beamte |
| Selbständige mit mehr als 10 Mitarbeitern | Vorarbeiter, Landwirte mit 20 bis 49 ha |
| 6 <input type="checkbox"/> Gehobene Angestellte und Beamte | 3 <input type="checkbox"/> Facharbeiter |
| Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern | Landwirte mit 10 bis 19 ha |
| 5 <input type="checkbox"/> Mittlere Angestellte und Beamte | 2 <input type="checkbox"/> Angelernte Arbeiter |
| Selbständige bis ein Mitarbeiter | Landwirte bis 9 ha |
| | 1 <input type="checkbox"/> Ungelernte Arbeiter |

Gesundheitszustand des Vaters /Ersatzvaters

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> gesund | 6 <input type="checkbox"/> geringe körperl. Belastbarkeit |
| 2 <input type="checkbox"/> chronische körperl. Erkrankung | 7 <input type="checkbox"/> geringe psychische Belastbarkeit |
| 3 <input type="checkbox"/> chronische psychische Erkrankung | |
| 4 <input type="checkbox"/> akute körperl. Erkrankung | 8 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> akute psychische Erkrankung | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

BLOCK 2.3: WEITERE MERKMALE DER AUFENTHALTSFAMILIE

Gegenwärtige Kinderzahl in der Aufenthaltsfamilie
(einschließlich Patienten; unbekannt mit 99 codieren):

--	--

Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie

- 1 ☐ ältestes Kind
2 ☐ mittleres Kind
3 ☐ jüngstes Kind

- 4 ☐ Einzelkind
5 ☐ Mehrling
9 ☐ unbekannt

Ehe der Eltern / Ersatzeltern, derzeit erheblicher Konflikt

- 1 ☐ entfällt Eltern / Ersatzelternteil alleinerziehend
2 ☐ nein

- 3 ☐ ja
9 ☐ keine Angaben

Wohnraum der Familie, nach eigener Einschätzung der auskunftgebenden Person:

- 1 ☐ gut 2 ☐ ausreichend 3 ☐ ungenügend 9 ☐ keine Angaben

Familien-Einkommen, nach eigener Einschätzung der auskunftgebenden Person:

- 1 ☐ gut 2 ☐ ausreichend 3 ☐ ungenügend 9 ☐ keine Angaben

Soziale Randständigkeit

- 1 ☐ nein
2 ☐ Gastarbeiter
3 ☐ Obdachlose

- 4 ☐ sozialer Abstieg der Familie
5 ☐ sonstige: _____
9 ☐ keine Angaben

BLOCK 3: LEIBLICHE ELTERN UND VERWANDTE

Geburtsjahr der leiblichen Mutter

--	--	--	--

(unbekannt mit 9999 codieren)

Leben leibliche Eltern?

- 1 ☐ beide leben
2 ☐ Vater gestorben
3 ☐ Mutter gestorben

- 4 ☐ beide gestorben
9 ☐ unbekannt

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (bei Tod: der Status vor dem Tod)

- 1 ☐ haben nie zusammengelebt
2 ☐ leben zusammen

- 3 ☐ getrennt / geschieden
9 ☐ unbekannt

Geburtsstatus des Kindes

- 1 ☐ ehelich 2 ☐ nicht ehelich 9 ☐ unbekannt

Leibliche Geschwister (unbekannt mit 99 codieren)

Zahl der leiblichen Geschwister

--	--

Zahl der Halbgeschwister

--	--

Familiäre Belastungen

(In jeder Spalte muß mindestens eine Nummer angekreuzt sein; in jeder Spalte sind aber auch Mehrfachnennungen möglich)

Bei den Belastungen väterlicherseits und mütterlicherseits (leibliche Eltern) wird die Angabe durch Eintragen in die entsprechende Spalte nach folgendem Schlüssel differenziert:

1 = Eltern des Patienten (= Verwandte 1. Grades)

2 = Großeltern, Onkel, Tanten des Patienten (= Verwandte 2. Grades)

3 = Weitere Verwandtschaft (= Verwandte 3. und höheren Grades)

Belastungen bei den leibl. Geschw. d. Pat.	väterlicherseits			mütterlicherseits			
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	
01 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine
02 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oligophrenien
03 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden
04 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizophrenien
05 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Affektive Psychosen (Depression / Manie)
06 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurotische und psychosomatische Erkrankungen
07 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	suicidale Handlungen
08 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkoholismus, Süchte
09 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kriminalität
10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige psychiatrische Erkrankungen
99 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Angaben

BLOCK 4: ENTWICKLUNG**BLOCK 4.1: SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT****Schwangerschaftsverlauf (Mehrfachnennungen möglich)**

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> normal | 10 <input type="checkbox"/> versuchte Schwangerschaftsunterbrechung |
| 02 <input type="checkbox"/> Blutungen | 11 <input type="checkbox"/> schwere seelische Belastung |
| 03 <input type="checkbox"/> schweres und anhaltendes Erbrechen | 12 <input type="checkbox"/> Mißhandlung der Schwangeren |
| 04 <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsgestose | 13 <input type="checkbox"/> Alkoholabusus |
| 05 <input type="checkbox"/> Unfälle | 14 <input type="checkbox"/> Nikotinabusus |
| 06 <input type="checkbox"/> Infektionen | 15 <input type="checkbox"/> Drogenabusus: _____ |
| 07 <input type="checkbox"/> Operationen | 16 <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |
| 08 <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ | 99 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
| 09 <input type="checkbox"/> Abortgefahr | |

Geburtstermin

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> normal (38 bis 42) | 3 <input type="checkbox"/> nach 42 |
| 2 <input type="checkbox"/> vor 38 | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Geburtsverlauf (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> ungestört | 06 <input type="checkbox"/> Zange oder Vakuum |
| 02 <input type="checkbox"/> protrahiert | 07 <input type="checkbox"/> Sectio |
| 03 <input type="checkbox"/> Lageabweichung | 08 <input type="checkbox"/> vorzeitiger Blasensprung |
| 04 <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung | 09 <input type="checkbox"/> sonstige Störungen: _____ |
| 05 <input type="checkbox"/> Plazenta-Störung | 99 <input type="checkbox"/> keine Angaben |

Geburtsgewicht

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> normal | 3 <input type="checkbox"/> über 4500 g |
| 2 <input type="checkbox"/> unter 2500 g | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

APGAR-Index (unbekannt mit 99 codieren):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BLOCK 4.2: FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG**Neonatalperiode** (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 ☐ unkompliziert
 2 ☐ Behandlung wegen verstärkten Ikterus
 3 ☐ cerebrale Anfälle («Krämpfe»)
 4 ☐ Trinkschwierigkeiten

- 5 ☐ Brutkasten
 6 ☐ Asphyxie
 7 ☐ sonstige: _____
 9 ☐ keine Angabe

Motorische Entwicklung

- 1 ☐ entfällt
 2 ☐ normal

- 3 ☐ verzögert: Sitzen nach dem 10. und/oder
 Laufen nach dem 18. Monat
 9 ☐ keine Angabe

Sprachentwicklung

- 1 ☐ entfällt
 2 ☐ normal
 3 ☐ verzögert
 4 ☐ stark verzögert

- 5 ☐ keine Sprachentwicklung vorhanden
 6 ☐ sonstige Sprachentwicklungsstörung: _____
 9 ☐ keine Angabe

Sauberkeitsentwicklung

- 1 ☐ entfällt
 2 ☐ normal

- 3 ☐ verzögert (mit 4 Jahren noch
 nicht Tag und Nacht trocken)
 9 ☐ keine Angabe

BLOCK 4.3: ERKRANKUNGEN / UNFÄLLE / OPERATIONEN**Schwere belastende Erkrankungen / Unfälle / Operationen**

im 1. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

Art der Erkrankung etc.: _____

im 2. bis 6. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

Art der Erkrankung etc.: _____

nach dem 6. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

Art der Erkrankung etc.: _____

BLOCK 4.4: TRENNUNGEN / HEIMAUFENTHALTE**Bedeutsame Trennungserlebnisse von einer wichtigen Bezugsperson:**

im 1. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

im 2. bis 6. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

nach dem 6. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

Deprivation:

im 1. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

im 2. bis 6. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

nach dem 6. Lebensjahr:

- 1 ☐ nein 2 ☐ ja 8 ☐ entfällt 9 ☐ keine Angaben

Heimaufenthalt (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 ☐ nie
 2 ☐ ständig
 3 ☐ im/ab 1. Lebensjahr

- 4 ☐ im/ab 2. bis 6. Lebensjahr
 5 ☐ nach dem 6. Lebensjahr
 9 ☐ keine Angabe

BLOCK 4.5: SCHULLAUFBAHN

Einschulung

- | | | |
|--|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> zeitgerecht | 3 <input type="checkbox"/> zurückgestellt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| 2 <input type="checkbox"/> vorzeitig | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | |

Schulbesuch

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> regelrecht | 3 <input type="checkbox"/> umgeschult | 8 <input type="checkbox"/> entfällt |
| 2 <input type="checkbox"/> wiederholt | 4 <input type="checkbox"/> abgebrochen | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Schulische Schwierigkeiten (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> keine | 4 <input type="checkbox"/> Introversive Störungen im Zusammenhang mit der Schule (z. B. Angst im Zusammenhang mit der Schule) |
| 2 <input type="checkbox"/> Leistungsprobleme (z. B. Überforderung, mangelnde Leistungshaltung) | 8 <input type="checkbox"/> entfällt |
| 3 <input type="checkbox"/> Extraversive schulische Verhaltensprobleme (Stören, Konflikt mit Lehrern) | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

BLOCK 4.6: FRÜHERE PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN

Psychische Auffälligkeiten im Alter ab 6 Jahren

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> introversive Störungen: ängstlich, gehemmt, Kontaktprobleme |
| 2 <input type="checkbox"/> extraversive Störungen: aggressiv, dissozial, hyperkinetisch |
| 3 <input type="checkbox"/> andere Störungen |
| 4 <input type="checkbox"/> entfällt |
| 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Psychische Auffälligkeiten im Alter zwischen 6 und 10 Jahren

(Es werden nur die Auffälligkeiten gewertet, die länger als ein halbes Jahr zurückliegen)
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Entfällt, da das Kind jünger als 6 Jahre ist | 4 <input type="checkbox"/> andere Störungen |
| 2 <input type="checkbox"/> introversive Störungen: ängstlich, gehemmt, Kontaktprobleme | 8 <input type="checkbox"/> entfällt |
| 3 <input type="checkbox"/> extraversive Störungen: aggressiv, dissozial, hyperkinetisch | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Frühere Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
|---------------------------------|--------------------------------------|

ja, und zwar (Mehrfachnennungen möglich)

- | |
|---|
| 2 <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle oder andere psychotherapeutische Behandlung oder Beratung |
| 3 <input type="checkbox"/> ambulante psychiatrische Vorstellung (auch bei niedergelassenen (Kinder-) Psychiatern) |
| 4 <input type="checkbox"/> stationäre psychiatrische Behandlung |
| 5 <input type="checkbox"/> andere ärztliche Vorstellung |
| 6 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 7 <input type="checkbox"/> Art der Konsultation |

BLOCK 5: AKTUELLE SITUATION – KINDERGARTEN / SCHULE/BERUF**Gegenwärtig besuchte Einrichtung**

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | 4 <input type="checkbox"/> integrierter Kindergarten |
| 2 <input type="checkbox"/> Krippe / Krabbelstube / Kindergarten / Kinderhort | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 3 <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten / Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte | |

Schulbesuch

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> besucht eine der unten aufgeführten Schulen | 4 <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen kein Schulbesuch: _____ |
| 2 <input type="checkbox"/> noch nicht oder nicht mehr schulpflichtig | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 3 <input type="checkbox"/> zurückgestellt oder wieder ausgeschult wegen Schulunreife | |

Gegenwärtig besuchte Schule

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | |
| 02 <input type="checkbox"/> Vorschule / Vorschulklasse | 03 <input type="checkbox"/> Grundschule |
| 04 <input type="checkbox"/> Orientierungsstufe / Förderstufe | 08 <input type="checkbox"/> Hauptschule |
| 05 <input type="checkbox"/> Gesamtschule-Hauptschulniveau | 09 <input type="checkbox"/> Realschule |
| 06 <input type="checkbox"/> Gesamtschule-Realschulniveau | 10 <input type="checkbox"/> Gymnasium |
| 07 <input type="checkbox"/> Gesamtschule-Gymnasialniveau | |
| 11 <input type="checkbox"/> Sonderschule für Lernbehinderte | 12 <input type="checkbox"/> Sonderschule für geistig Behinderte |
| 13 <input type="checkbox"/> andere Sonderschulen: _____ | |
| 14 <input type="checkbox"/> Fachschule einjährig | 15 <input type="checkbox"/> Fachschule mehrjährig |
| 16 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |
| 99 <input type="checkbox"/> unbekannt | |

Schulklasse (unbekannt 99 codieren)

--	--

Schulabschluß – den höchsten dokumentieren

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> trifft alters- oder schulbedingt nicht zu | 07 <input type="checkbox"/> Realschule |
| 02 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß | 08 <input type="checkbox"/> Abitur |
| 03 <input type="checkbox"/> Sonderschule für Lernbehinderte | 09 <input type="checkbox"/> Fachschule einjährig |
| 04 <input type="checkbox"/> Sonderschule für geistig Behinderte | 10 <input type="checkbox"/> Fachschule mehrjährig |
| 05 <input type="checkbox"/> andere Sonderschule | 11 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 06 <input type="checkbox"/> Hauptschule | 99 <input type="checkbox"/> unbekannt |

Gegenwärtige Berufs- oder Erwerbstätigkeit des Jugendlichen

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> noch nicht erwerbstätig oder erwerbsunfähig | 5 <input type="checkbox"/> beschützende Werkstatt / Jugendwerkheim |
| 2 <input type="checkbox"/> arbeitslos | 6 <input type="checkbox"/> Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Vorbereitungsjahr |
| 3 <input type="checkbox"/> in Haft | 7 <input type="checkbox"/> in Berufsausbildung |
| 4 <input type="checkbox"/> im Haushalt oder eigenen Betrieb tätig (mithelfender Familienangehöriger) | 8 <input type="checkbox"/> berufstätig |
| | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt – Hans-Sachs-Straße 6, 3550 Marburg

Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation

Befunddokumentation

3. Auflage 1.1.1992

In geschlossenen Kästchen der Art ☐ sind Kreuze einzutragen,
in offene Felder der Art ☐ sind Nummern einzutragen.

Die Befunddokumentation ist als Aufnahmebefunddokumentation anzusehen. Zusammen mit der Basisdokumentation bzw. Wiederaufnahmedokumentation ist sie 14 Tage nach Aufnahme des Patienten der Dokumentationsassistentin abzuliefern.

1. IDENTIFIKATION

Fall-Nummer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(wird von Doku.-Assist. codiert)

Platz für Aufkleber

(Name, Vorname, Geburtsdatum,
Geschlecht, Mehrling, Station)

3. SYMPTOMATIK (bei Aufnahme)

BLOCK 1: Körperliche Behinderungen und Auffälligkeiten

keine Symptombelastung in diesem Bereich ☐

01 Körperbehinderungen, Entstellungen 0 ☐ nicht 1 ☐ Lähmungen 2 ☐ Mißbildungen (nicht im Gesicht)

3 ☐ Gesichtsentstellungen

02 Cerebrale Anfallsereignisse 0 ☐ nicht 1 ☐ einmalig 2 ☐ gelegentlich 3 ☐ häufig

03 Sinnesschwäche 0 ☐ nicht 1 ☐ leicht 2 ☐ deutlich 3 ☐ blind/taub

04 Motorische Funktionsstörungen 0 ☐ nicht 1 ☐ leicht 2 ☐ schwer

05 Psychomotorische Unruhe (Hyperaktivität) 0 ☐ nicht 1 ☐ leicht 2 ☐ schwer

06 Tics, Grimassen, Verlegenheitsmotorik 0 ☐ nicht 1 ☐ leicht 2 ☐ schwer

07 Stereotypien, Kopfwerfen, Wiegen, Schaukeln 0 ☐ nicht 1 ☐ leicht 2 ☐ schwer

08 Schlafstörungen (nicht pavor) 0 ☐ nicht 1 ☐ leicht 2 ☐ schwer

09 Häufige Krankheiten	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	
10 Eßstörungen (Unlust, Gier)	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
11 Erbrechen, Würgen	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> selten	2 <input type="checkbox"/> oft
12 Darmfunktionsstörungen (Verstopfung, Durchfall)	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
13 Bauchbeschwerden (Nabelkoliken)	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
14 Enuresis nocturna	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> höchstens 2 x monatlich	2 <input type="checkbox"/> höchstens 1 x wöchentlich 3 <input type="checkbox"/> häufiger
15 Enuresis diurna	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> höchstens 1 x monatlich	2 <input type="checkbox"/> höchstens 1 x wöchentlich 3 <input type="checkbox"/> häufiger
16 Einkoten, Kotschmierer	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> höchstens 1 x monatlich	2 <input type="checkbox"/> höchstens 1 x wöchentlich 3 <input type="checkbox"/> häufiger
17 Vasomotorische Störungen (Erröten, Schwitzen, Ohnmachten)	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> gelegentlich	2 <input type="checkbox"/> häufig
18 Kopfschmerzen	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> migräneartig	2 <input type="checkbox"/> nicht migräneartig
19 Herzbeschwerden	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
20 Atmungsstörungen	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen, Beklemmung u. a.	2 <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale
21 Hautaffektionen	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
22 Allergische Reaktionen	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
23 Chronische organische Krankheit	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer

BLOCK 2: Sprachstörungen:

keine Symptombelastung in diesem Bereich ☐

01 Mutismus	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> elektiv	2 <input type="checkbox"/> total
02 Stummheit	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> ja	
03 Stottern	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
04 Poltern	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
05 Stammeln, Artikulationsmängel	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
06 Agrammatismus/Dysgrammatismus	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
07 Aphasie	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
08 Verzögerte Sprachentwicklung	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer
09 sonstige Sprachstörungen	0 <input type="checkbox"/> nicht	1 <input type="checkbox"/> leicht	2 <input type="checkbox"/> schwer

BLOCK 3: Auffällige Gewohnheiten:

- keine Symptombelastung in diesem Bereich ☐
- 01 Lutschen (Finger, Gegenstand) 0 ☐ nicht 1 ☐ gelegentlich 2 ☐ häufig
- 02 Knabbern (Nägel, Gegenstand) 0 ☐ nicht 1 ☐ gelegentlich 2 ☐ häufig
- 03 Zähneknirschen, Lippenbeißen 0 ☐ nicht 1 ☐ gelegentlich 2 ☐ häufig
- 04 Haarereißern, Kratzen, Reiben 0 ☐ nicht 1 ☐ gelegentlich 2 ☐ häufig
- 05 Drogenmißbrauch 0 ☐ nicht 1 ☐ gelegentlich. Probieren von Drogen
2 ☐ häufige Drogeneinnahme
3 ☐ Drogenabhängigkeit
- 06 Alkoholmißbrauch 0 ☐ nicht
1 ☐ gelegentlicher bzw. geringgrad. Alkoholmißbrauch
2 ☐ regelm. bzw. ausgeprägter Alkoholmißbrauch
3 ☐ Abhängigkeit, chronischer Alkoholabusus
-

BLOCK 4: Sexuelle Auffälligkeiten:

- 01 Auffälliges Sexualverhalten 0 ☐ nicht
1 ☐ auffälliges Sexualverhalten aller Art außer:
2 ☐ homosexuelle Betätigung
- 02 Beteiligung an Sexualdelikten 0 ☐ nicht
1 ☐ Sexualdelikt in der Familie, gleich welcher Art
2 ☐ passiv verführte, Opfer, Traumatisierte
3 ☐ aktive Beteiligung an Sexualdelikten auch durch
Anreiz und willfährige Duldung, sexuelle
Gewalttäter

BLOCK 5: Auffälligkeiten im Sozialverhalten:

- keine Symptombelastung in diesem Bereich ☐
- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| 01 Schwindeln, Lügen, Betrügen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 02 Wegnehmen, Stehlen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 03 Weglaufen, Streunen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 04 Schul-, Arbeitsschwänzen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 05 Zündeln, Brandstiften | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 06 Aggressivität | | | |
| 1 Zerstörung/Beschädigung von Sachen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 2 Selbstaggression/Automutilation | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 3 Wut, Ärger, Trotz | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 4 versteckte Aggressionen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 5 verbale Aggressionen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 6 körperliche Aggressionen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 07 Kontaktstörung | | | |
| 1 soziale Isolation, Abkapselung | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 2 Scheu, Kontaktangst | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 3 überangepaßtes Verhalten | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 4 Distanzlosigkeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |

BLOCK 6: Störungen im Spiel- und Leistungsverhalten:

- keine Symptombelastung in diesem Bereich ☐
- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| 01 übersteigerte Leistungsmotivation | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 02 mangelnde Leistungsmotivation | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 03 Mißerfolgsempfindlichkeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 04 Gleichgültigkeit bei Mißerfolg | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 05 Perfektionismus | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 06 Langsamkeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 07 Konzentrationsstörungen/Ablenkbarkeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 08 Unselbständigkeit, Zuwendungsabhängigkeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 09 Verspieltheit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |

06 Störungen im Spiel- und Leistungsverhalten (Fortsetzung)

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| 10 Arbeitsblockierung, Ersatzhandlung | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 11 Leistungsschwankungen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 12 spezifisches Leistungsversagen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 13 allgemeines Leistungsversagen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |

BLOCK 7: Auffälligkeiten im emotionalen Bereich:

- keine Symptombelastung in diesem Bereich ☐
- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| 01 emotional ungenügend schwingungsfähig | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 02 Stimmungslabilität | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 03 Neigung zu Verstimmungen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 04 Suicidgedanken | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 05 Suicidversuch | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 06 albern, läppisch | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 07 Minderwertigkeitsgefühle | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 08 Überwertigkeitsgefühle | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 09 Allgemein übertriebene Ängstlichkeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 10 Angst vor bestimmt. Situationen (z. B. Leistung) | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 11 Angst vor Räumen, Straßen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 12 Angst vor Alleinsein | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 13 Angst vor Nacht, Dunkelheit/pavor nocturnus | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 14 Angst vor bestimmten Menschen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 15 Angst vor bestimmten Objekten | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 16 Angst vor Tieren | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 17 sonstige Ängste (z. B. Krankheitsängste) | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 18 Zwangssymptome | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |

BLOCK 8: Sonstige Auffälligkeiten:

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| 01 Affektinadäquadeit | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 02 Antriebsstörung | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 03 Denkstörung | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 04 Beeinträchtigung des Bewußtseins,
Desorientierung | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 05 Halluzinationen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 06 Wahnhafte Ideen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |
| 07 Depersonalisations- und
Derealisationserlebnisse | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht/selten | 2 <input type="checkbox"/> ausgeprägt/häufig |

4. DIAGNOSEN

Die Diagnosen sollen auch dann eingetragen werden, wenn es sich um vorläufige Verdachtsdiagnosen handelt.

ACHSE I: KLINISCH-PSYCHIATRISCHES SYNDROM

Mögliche Diagnosen sind alle »F-Nummern« des ICD-10 außer den diagnostischen Gruppen F 80 bis F 83. Man unterscheidet diagnostische Hauptgruppen (2 Stellen vor dem Punkt, Gruppen (1. Stelle nach dem Punkt) und Untergruppen (2. Stelle nach dem Punkt).

Hauptdiagnose F .

Sicherheitsgrad:

1 ☐ sicher 2 ☐ fraglich

Ergänzungsdiagnose* F .

Sicherheitsgrad:

1 ☐ sicher 2 ☐ fraglich

*Es soll KEINE Differentialdiagnose (mögliche Alternative zur Hauptdiagnose) angegeben werden, es ist lediglich eine Ergänzungsdiagnose erlaubt. In der Ergänzungsdiagnose wird die Erkrankung angegeben, die der Patient zusätzlich zur Hauptdiagnose hat. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

ACHSE II: SPEZIFISCHE VERZÖGERUNGEN DER ENTWICKLUNG

Mögliche Diagnosen sind die Nummernbereiche F 80 bis F 83; es können maximal 3 Diagnosen vergeben werden. Bei multiplen Entwicklungsstörungen sollen anstelle der Nummer F 83 die einzelnen Entwicklungsstörungen angegeben werden. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

F .

F .

F .

ACHSE III: INTELLIGENZ (Nur ein Kästchen ankreuzen)

- | | |
|---|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> weit überdurchschnittliche Intelligenz | IQ > 129 |
| 2 <input type="checkbox"/> überdurchschnittliche Intelligenz | IQ 115 – 129 |
| 3 <input type="checkbox"/> durchschnittliche Intelligenz | IQ 85 – 114 |
| 4 <input type="checkbox"/> unterdurchschnittliche Intelligenz (Lernbehinderung) | IQ 70 – 84 |
| 5 <input type="checkbox"/> leichte Intelligenzminderung | IQ 50 – 69 |
| 6 <input type="checkbox"/> mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 – 49 |
| 7 <input type="checkbox"/> schwere Intelligenzminderung | IQ 20 – 34 |
| 8 <input type="checkbox"/> schwerste Intelligenzminderung | IQ < 20 |
| 9 <input type="checkbox"/> Information fehlt / unbekannt | |

Intelligenz

☐ geschätzt

☐ gemessen

Verfahren _____

IQ

ACHSE IV: KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

	Buchstabenfeld	Nummernfelder
1. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Nur die neurologischen Ziffern sollen vierstellig angegeben werden. Bei den anderen körperlichen Diagnosen entfallen die letzten beiden Ziffern.

(»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 9 99.99 kodiert.)

ACHSE V: AKTUELLE ABNORME PSYCHOSOZIALE UMSTÄNDE

(Zu jedem Item muß eine Kodierung angegeben werden)

Kodierungsschlüssel: 1 = Belastung ist nicht vorhanden (normal)

2 = Trifft zu; Belastung vorhanden

8 = Entfällt (logisch nicht möglich)

9 = Information fehlt, unbekannt

	1	2	8	9
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen				
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Körperliche Kindesmißhandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie				
2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Behinderung eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Behinderung der Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Abnorme Erziehungsbedingungen				
4.0 Elterliche Überfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abnorme unmittelbare Umgebung				
5.0 Erziehung in einer Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Abweichende Elternsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Isolierte Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Akute, belastende Lebensereignisse				
6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren				
7.0 Verfolgung und Diskriminierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit				
8.0 Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes				
9.0 Institutionelle Erziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Bedrohliche Umstände, infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACHSE VI: GLOBALBEURTEILUNG DER PSYCHOSOZIALEN ANPASSUNG

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:

- * Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;
- * Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);
- * schulische bzw. berufliche Anpassung;
- * Interessen und Freizeitaktivitäten.

-
- 0 ☐ Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
- 1 ☐ Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
- 2 ☐ Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten / Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
- 3 ☐ Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
- 4 ☐ Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit neue soziale Situationen zu bewältigen.
- 5 ☐ Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
- 6 ☐ Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung / Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, völlig alleine zurecht zu kommen.
- 7 ☐ Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder zeitweise unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung / Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
- 8 ☐ Braucht beständige Betreuung (24h-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlichen Hygiene und / oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
- 9 ☐ Information fehlt
-

DIAGNOSENERGÄNZENDE LISTE (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 ☐ Suicidversuch
- 2 ☐ Automutilation
- 3 ☐ Schulphobie
- 4 ☐ Adoleszentenkrise
- 5 ☐ Thersites-Komplex
- 6 ☐ Delinquenz (bei Polizei / Gericht bekannt gewordene Straffälligkeit)
-

KOOPERATION

Kooperationsbereitschaft der Eltern:

- 1 ☐ entfällt
- 2 ☐ gut
- 3 ☐ mäßig gut
- 4 ☐ schwach
- 5 ☐ schlecht
- 9 ☐ keine Angabe

Kooperationsbereitschaft des Patienten:

- 1 ☐ entfällt
- 2 ☐ gut
- 3 ☐ mäßig gut
- 4 ☐ schwach
- 5 ☐ schlecht
- 9 ☐ keine Angabe
-

DIAGNOSE GESTELLT DURCH: _____



(wird durch Doku.-Ass. kodiert)

Bei den im folgenden aufgeführten Behandlungen und Therapien ist die Zahl der (klar abgrenzbaren) Sitzungen bzw. Behandlungen einzutragen. Sind zwei Felder für die Anzahl vorgesehen, wird zwischen Maßnahmen in Einzel- und Gruppenform unterschieden. D. h. die Anzahl der Einzeltherapien ist im 1. Feld, die Anzahl der Gruppentherapien im 2. Feld einzutragen.

Allg. Beratung und Aufklärungsgespräch mit Patienten und/oder Eltern etc.	001	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krisenintervention	002	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen

beim Kind:

		einzel	in Gruppe
analytische Verfahren	011	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesprächstherapie	012	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinderspieltherapie	013	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychodrama	014	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rollenspiel	015	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entspannungstraining (z. B. autog. Training)	016	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meditationsverfahren (z. B. katathymes Bilderleben)	017	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verhaltenstherapie	018	<input type="text"/>	<input type="text"/>
andere psychotherap. Verfahren:	019	<input type="text"/>	<input type="text"/>

bei Eltern / Ersatzeltern / Familie:

Beratung	021	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gezielte Beeinfl. des Erziehungsverhaltens (Verhaltensmodifikation)	022	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)	023	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familiensitzung	024	<input type="text"/>	<input type="text"/>
andere:	029	<input type="text"/>	<input type="text"/>

bei anderen Erziehungspersonen / Institutionen:

Beratung/Intervention bei Erziehungspersonen	031	<input type="text"/>
Beratung von Schulen	032	<input type="text"/>
Beratung von Heimen	033	<input type="text"/>
Beratung sozialer Dienste	034	<input type="text"/>
andere:	039	<input type="text"/>

Sozialtherapie

Arbeitstherapie	041	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschäftigungstherapie	042	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Übungsbehandlungen

psychomotorische Übungsbehandlung	051	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wahrnehmungstraining	052	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Legasthenietherapie	053	<input type="text"/>	<input type="text"/>
andere Übungsbehandlung bei Teilleistungsstörungen:	059	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stimm- und Sprachtherapie (Logopädie)	060	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankengymnastik	070	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere Maßnahmen:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 01 <input type="checkbox"/> Therapiepläne, Verhaltenstraining durch Team | von _____ bis _____ |
| 02 <input type="checkbox"/> Milieuthherapie | von _____ bis _____ |
| Lebenshilfen: | (jeweils Tag, Monat, Jahr eintragen) |
| 03 <input type="checkbox"/> Angebot von zwischenmenschlichen Kontakten | |
| 04 <input type="checkbox"/> Freizeitangebote | |
| 05 <input type="checkbox"/> Hilfen zum Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten | |
| 06 <input type="checkbox"/> Ausbildungs- und berufsbezogene Hilfen und Pflege | |
| 07 <input type="checkbox"/> direkte körperliche Hilfen und Pflege | |

Indirekte Maßnahmen (Anzahl während der Behandlungsepisode eintragen):

Kontakte mit Ärzten, Kliniken	<input type="text"/>
Kontakte mit psychosozialen Einrichtungen	<input type="text"/>
Kontakte mit Ämtern, Behörden	<input type="text"/>
Kontakte mit Schulen, Berufs- und Ausbildungsstellen	<input type="text"/>

6. DIAGNOSEN (Einschätzung nach Abschluß der Behandlung)

Am Ende des Behandlungsverlaufes kann die Diagnose in der Regel genauer gestellt werden. Bitte tragen Sie ein, welche Diagnose ZU BEGINN der Behandlung bestand.

ACHSE I: KLINISCH-PSYCHIATRISCHES SYNDROM

Mögliche Diagnosen sind alle »F-Nummern« des ICD-10 außer den diagnostischen Gruppen F 80 bis F 83. Man unterscheidet diagnostische Hauptgruppen (2 Stellen vor dem Punkt, Gruppen (1. Stelle nach dem Punkt) und Untergruppen (2. Stelle nach dem Punkt).

Hauptdiagnose F .

Sicherheitsgrad:

1 ☐ sicher 2 ☐ fraglich

Ergänzungsdiagnose* F .

Sicherheitsgrad:

1 ☐ sicher 2 ☐ fraglich

*Es soll KEINE Differentialdiagnose (mögliche Alternative zur Hauptdiagnose) angegeben werden, es ist lediglich eine Ergänzungsdiagnose erlaubt. In der Ergänzungsdiagnose wird die Erkrankung angegeben, die der Patient zusätzlich zur Hauptdiagnose hat. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

ACHSE II: SPEZIFISCHE VERZÖGERUNGEN DER ENTWICKLUNG

Mögliche Diagnosen sind die Nummernbereiche F 80 bis F 83; es können maximal 3 Diagnosen vergeben werden. Bei multiplen Entwicklungsstörungen sollen anstelle der Nummer F 83 die einzelnen Entwicklungsstörungen angegeben werden. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

F .

F .

F .

ACHSE III: INTELLIGENZ (Nur ein Kästchen ankreuzen)

- | | |
|---|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> weit überdurchschnittliche Intelligenz | IQ > 129 |
| 2 <input type="checkbox"/> überdurchschnittliche Intelligenz | IQ 115 – 129 |
| 3 <input type="checkbox"/> durchschnittliche Intelligenz | IQ 85 – 114 |
| 4 <input type="checkbox"/> unterdurchschnittliche Intelligenz (Lernbehinderung) | IQ 70 – 84 |
| 5 <input type="checkbox"/> leichte Intelligenzminderung | IQ 50 – 69 |
| 6 <input type="checkbox"/> mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 – 49 |
| 7 <input type="checkbox"/> schwere Intelligenzminderung | IQ 20 – 34 |
| 8 <input type="checkbox"/> schwerste Intelligenzminderung | IQ < 20 |
| 9 <input type="checkbox"/> Information fehlt / unbekannt | |

Intelligenz

☐ geschätzt

☐ gemessen

Verfahren _____

IQ

ACHSE IV: KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Buchstabenfeld

Nummernfelder

1. Nennung .

2. Nennung .

3. Nennung .

Nur die neurologischen Ziffern sollen vierstellig angegeben werden. Bei den anderen körperlichen Diagnosen entfallen die letzten beiden Ziffern.

(»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 9 99.99 kodiert.)

ACHSE V: AKTUELLE ABNORME PSYCHOSOZIALE UMSTÄNDE

(Zu jedem Item muß eine Kodierung angegeben werden)

Kodierungsschlüssel: 1 = Belastung ist nicht vorhanden (normal)

2 = Trifft zu; Belastung vorhanden

8 = Entfällt (logisch nicht möglich)

9 = Information fehlt, unbekannt

	1	2	8	9
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen				
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Körperliche Kindesmißhandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie				
2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Behinderung eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Behinderung der Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Abnorme Erziehungsbedingungen				
4.0 Elterliche Überfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abnorme unmittelbare Umgebung				
5.0 Erziehung in einer Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Abweichende Elternsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Isolierte Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Akute, belastende Lebensereignisse				
6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren				
7.0 Verfolgung und Diskriminierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit				
8.0 Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes				
9.0 Institutionelle Erziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Bedrohliche Umstände, infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACHSE VI: GLOBALBEURTEILUNG DER PSYCHOSOZIALEN ANPASSUNG

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:

- * Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;
- * Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);
- * schulische bzw. berufliche Anpassung;
- * Interessen und Freizeitaktivitäten.

-
- 0 ☐ Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
- 1 ☐ Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
- 2 ☐ Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten / Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
- 3 ☐ Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
- 4 ☐ Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit neue soziale Situationen zu bewältigen.
- 5 ☐ Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
- 6 ☐ Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung / Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, völlig alleine zurecht zu kommen.
- 7 ☐ Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder zeitweise unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung / Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
- 8 ☐ Braucht beständige Betreuung (24h-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlichen Hygiene und / oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
- 9 ☐ Information fehlt
-

DIAGNOSENERGÄNZENDE LISTE (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 ☐ Suicidversuch
- 2 ☐ Automutilation
- 3 ☐ Schulphobie
- 4 ☐ Adoleszentenkrise
- 5 ☐ Thersites-Komplex
- 6 ☐ Delinquenz (bei Polizei / Gericht bekannt gewordene Straffälligkeit)
-

KOOPERATION

Kooperationsbereitschaft der Eltern:

- 1 ☐ entfällt
- 2 ☐ gut
- 3 ☐ mäßig gut
- 4 ☐ schwach
- 5 ☐ schlecht
- 9 ☐ keine Angabe

Kooperationsbereitschaft des Patienten:

- 1 ☐ entfällt
- 2 ☐ gut
- 3 ☐ mäßig gut
- 4 ☐ schwach
- 5 ☐ schlecht
- 9 ☐ keine Angabe
-

DIAGNOSE GESTELLT DURCH: _____



(wird durch Doku.-Ass. kodiert)

7. ENTLASSUNG**Entlassen wohin?**

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> nach Hause | 5 <input type="checkbox"/> Heim ohne therapeutische Ausrichtung, Internat |
| 2 <input type="checkbox"/> andere (kinder-)psychiatrische Klinik | 6 <input type="checkbox"/> Haftanstalt |
| 3 <input type="checkbox"/> nicht psychiatrische Klinik | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 4 <input type="checkbox"/> therapeutische Spezialeinrichtung:
Übergangsheim, Therapieheim | |

Entlassungsart

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> mit ärztlichem Einverständnis | 5 <input type="checkbox"/> aus Tagesstätte weggeblieben |
| 2 <input type="checkbox"/> gegen ärztliches Einverständnis
Abbruch der stat. Behandlung | 6 <input type="checkbox"/> verstorben |
| 3 <input type="checkbox"/> aus stat. Behandlung entwichen | 7 <input type="checkbox"/> Wohnungswechsel / Umzug |
| 4 <input type="checkbox"/> amb. Behandlung abgebrochen | 8 <input type="checkbox"/> andere: |

**Erfolg der Behandlung
für die Zielsymptomatik**

- 0 ☐ entfällt
 1 ☐ völlig gebessert / geheilt
 2 ☐ deutlich gebessert
 3 ☐ etwas gebessert
 4 ☐ unverändert
 5 ☐ verschlechtert
 7 ☐ nicht beurteilbar

**Erfolg der Behandlung bezügl. der allg.
Persönlichkeits- und Verhaltensstruktur
des Patienten**

- 0 ☐ entfällt
 1 ☐ völlig gebessert / geheilt
 2 ☐ deutlich gebessert
 3 ☐ etwas gebessert
 4 ☐ unverändert
 5 ☐ verschlechtert
 7 ☐ nicht beurteilbar

Erfolg der Behandlung für das Umfeld, die soziale Situation (z. B. Familie) des Patienten

- | | |
|---|--|
| 0 <input type="checkbox"/> entfällt | 4 <input type="checkbox"/> unverändert |
| 1 <input type="checkbox"/> völlig gebessert / geheilt | 5 <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| 2 <input type="checkbox"/> deutlich gebessert | 7 <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 3 <input type="checkbox"/> etwas gebessert | |

8. EMPFOHLENE WEITERBEHANDLUNG nach **Abschluß** der Behandlung ausfüllen

- | | |
|--|--|
| 00 <input type="checkbox"/> entfällt (z. B. nur Diagnostik) | 01 <input type="checkbox"/> keine |
| Unterbringung / Beschulung | |
| 02 <input type="checkbox"/> nichttherapeutisches Heim | 06 <input type="checkbox"/> Lebenshilfe |
| 03 <input type="checkbox"/> therapeutisches Heim | 07 <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten |
| 04 <input type="checkbox"/> Internat | 08 <input type="checkbox"/> Kindergarten / Hort |
| 05 <input type="checkbox"/> Umschulung | 09 <input type="checkbox"/> Pflegestelle, Adoption |
| Erziehungsberatung / Psychotherapeutische Maßnahmen | |
| 11 <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | 16 <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung |
| 12 <input type="checkbox"/> nachgehende Fürsorge | 17 <input type="checkbox"/> Familientherapie |
| 13 <input type="checkbox"/> sonder-/heilpädagogische Behandlung | 18 <input type="checkbox"/> gruppentherapeutische Verfahren |
| 14 <input type="checkbox"/> analytische Einzeltherapie | 19 <input type="checkbox"/> Elterntherapie |
| 15 <input type="checkbox"/> klientenzentrierte Einzeltherapie | |
| Maßnahmen bei eigener Erziehungsberatungsstelle? 30 <input type="checkbox"/> nein 31 <input type="checkbox"/> ja | |
| Psychiatrische und andere medizinische Behandlung | |
| 20 <input type="checkbox"/> eigene kinderpsych. Klinik stationär | 25 <input type="checkbox"/> funktionelle Therapien/Übungs-
behandlungen |
| 21 <input type="checkbox"/> eigene kinderpsych. Klinik ambulant | 88 <input type="checkbox"/> Sonstige Therapievorschläge: |
| 22 <input type="checkbox"/> andere stationäre kinderpsychiatrische
Behandlung | |
| 23 <input type="checkbox"/> andere stationäre medizinische Behandlung | |
| 24 <input type="checkbox"/> andere ambulante medizinische Behandlung | |

9.2 Gemeinsame Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken (Endversion 2/98)

Gemeinsame BASISDOKUMENTATION kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg Endvers. 02/98

Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt

1. AUFNAHMEDATEN

In geschlossene Kästchen ☐ sind Kreuze einzutragen. In offene Felder sind Ziffern einzutragen.

Die Abschnitte 2. (Soziodemographische Daten) und 3. (Anamnese) werden nur im stationären/teilstationären Bereich ausgefüllt.

(Anstelle von Einträgen kann für die Identifikationsdaten ein Aufkleber verwendet werden)

(Wenn die Versicherungsdaten durch die Verwaltung erhoben werden, müssen sie vom Dokumentierenden nicht ausgefüllt werden)

Identifikationsdaten	Versicherungsdaten
01 Name, Vorname des Patienten:	Name des Versicherten:
02 geb. am: <input type="text"/>	Kassen-Nr.: <input type="text"/> Versicherten Nr.: <input type="text"/> Status: <input type="text"/>
03 Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Vertragsarzt-Nr.: <input type="text"/> VK gültig bis: <input type="text"/>
04 Postleitzahl des Wohnortes: <input type="text"/>	
05 Fall-Nummer: <input type="text"/>	
06 Institution: <input type="text"/>	

07 Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐ andere Staatenschlüssel: (entfällt = 999)

08 Untersuchungs-/ Behandlungsform: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Konsil	09 Vorstellungs-/ Aufnahmemodus: <input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> Notfall innerh. Dienstzeit <input type="checkbox"/> Notfall außerh. Dienstzeit <input type="checkbox"/> Gutachten	10 Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme: 01 <input type="checkbox"/> freiwillig 02 <input type="checkbox"/> nach § 1631b BGB 03 <input type="checkbox"/> nach § 126a StPO 04 <input type="checkbox"/> nach §§ 73,72,71 JGG 05 <input type="checkbox"/> nach § 63 StGB 06 <input type="checkbox"/> nach § 7 JGG 07 <input type="checkbox"/> nach Psych KG/UBG 08 <input type="checkbox"/> sonstige 88 <input type="checkbox"/> entfällt (keine stationäre Aufnahme) 99 <input type="checkbox"/> unbekannt
11 Datum der Aufnahme/des Behandlungsbeginns: <input type="text"/>	12 Jahr der ersten Konsultation wegen psychischer Auffälligkeiten: (entfällt = 8888; unbekannt = 9999) <input type="text"/>	13 Frühere oder zwischenzeitliche Konsultation wegen psychischer Auffälligkeiten (Mehrfachnennungen möglich): 01 <input type="checkbox"/> keine 02 <input type="checkbox"/> nicht-psychiatr. Behandlg./ Beratung (z.B. EB) 03 <input type="checkbox"/> amb. psychiatr. Behandlg. 04 <input type="checkbox"/> stat. psychiatr. Behandlung 05 <input type="checkbox"/> sonstige ärztliche Behandlung (z.B. Hausarzt, Kinderarzt) 06 <input type="checkbox"/> andere 09 <input type="checkbox"/> unbekannt

14 Name des Dokumentierenden: Code:

- 1 ☐ Dokumentation ist normal bearbeitet.
- 2 ☐ Dokumentation ist nicht bearbeitet, da es sich um einen Durchgangsfall (z.B. Aufnahme nur für CT o.ä.) handelt. → Keine weiteren Angaben notwendig.
- 3 ☐ Dokumentation ist nicht bearbeitet (obwohl der Fall registriert ist), weil keine Diagnostik durchgeführt wurde (z.B. Fehlüberweisung, sofortiger Abbruch). → Keine weiteren Angaben notwendig.

15 Liegt von diesem Patienten bereits eine Dokumentation vor? ☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Wenn ja: Falls die letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt, darf in den Bereichen 2 bis 6 - falls sich keine Veränderungen ergeben haben - "nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt" angekreuzt werden.

2. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN (nur stationär/teilstationär)

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben ☐
 Aus anderen Gründen entfällt/nicht erhoben ☐

Kind/Jugendlicher wohnt bei ...

1 Mutter/Ersatzmutter: 1 <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter 2 <input type="checkbox"/> Stiefmutter 3 <input type="checkbox"/> Adoptivmutter 4 <input type="checkbox"/> Pflegemutter 5 <input type="checkbox"/> Großmutter 6 <input type="checkbox"/> Verwandter, sonst. Ers. M. 8 <input type="checkbox"/> keiner Mutter 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	2 Vater/Ersatzvater: 1 <input type="checkbox"/> leiblichem Vater 2 <input type="checkbox"/> Stiefvater 3 <input type="checkbox"/> Adoptivvater 4 <input type="checkbox"/> Pflegevater 5 <input type="checkbox"/> Großvater 6 <input type="checkbox"/> Verwandter, sonst. Ers. V. 8 <input type="checkbox"/> keinem Vater 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	3 Andere, nicht unter (1/2) erfaßte Wohnsituation: 1 <input type="checkbox"/> stationäre Jugendhilfe 2 <input type="checkbox"/> Reha-/Therapieeinrichtung 3 <input type="checkbox"/> wohnt allein 4 <input type="checkbox"/> in Ehe/mit Partner(in), in privater Wohngemeinschaft 5 <input type="checkbox"/> Notunterkunft (z.B. Frauenhaus) 6 <input type="checkbox"/> sonstige Unterkunft 7 <input type="checkbox"/> kein fester Wohnsitz 8 <input type="checkbox"/> entfällt 9 <input type="checkbox"/> unbekannt
---	---	---

Aufenthaltssfamilie, bei der das Kind/der Jugendliche wohnt:**entfällt, da Kind nicht in Familie lebt ☐**

Mutter/Ersatzmutter: 4 Geburtsjahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (unbekannt = 9999)	Vater/Ersatzvater: 6 Geburtsjahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (unbekannt = 9999)	Derzeitige Tätigkeit: 8 Mutter/Ersatzmutter: <input type="checkbox"/> 9 Vater/Ersatzvater: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit) <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> regelmäßig teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit <input type="checkbox"/> 4 5 <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> 5 6 <input type="checkbox"/> ohne Ausbildungs-/Arbeitsstelle, arbeitslos <input type="checkbox"/> 6 7 <input type="checkbox"/> .. nicht erwerbstätig (Rentner(in) / längere Erkrankung) .. <input type="checkbox"/> 7 8 <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig / im Haushalt tätig <input type="checkbox"/> 8 9 <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> 9
10 Schichtzugehörigkeit (immer den aktuell ausgeübten Beruf des jeweils sozial "höhergestellten" (Ersatz-)Elternteils einschätzen) <i>Arbeitnehmer:</i> 01 <input type="checkbox"/> ungelernte/angelernte Arbeiter 02 <input type="checkbox"/> Facharbeiter, Gesellen, einfache Angestellte 03 <input type="checkbox"/> Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst 04 <input type="checkbox"/> höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst 05 <input type="checkbox"/> leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst <i>Selbständig:</i> 06 <input type="checkbox"/> kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe 07 <input type="checkbox"/> kleine selbständige Gewerbetreibende 08 <input type="checkbox"/> selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreib. (kl. Betriebe) 09 <input type="checkbox"/> selbst. Handwerker, Landwirte etc., Gewerbetreib. (gr. Betrieb.) 10 <input type="checkbox"/> Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer 88 <input type="checkbox"/> entfällt (siehe Punkt 5 bis 9 "Derzeitige Tätigkeit") 99 <input type="checkbox"/> unbekannt		11 Anzahl der Kinder in der gegenwärtigen Aufenthaltssfamilie: (Es werden nur die Kinder gezählt, die gegenwärtig in der Aufenthaltssfamilie leben) (99 = unbekannt) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		12 Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltssfamilie: (Auch Kinder, die nicht/nicht mehr in der Aufenthaltssfamilie leben [z.B. ausgezogen], werden mitberücksichtigt) 1 <input type="checkbox"/> Einzelkind 2 <input type="checkbox"/> jüngstes Kind 3 <input type="checkbox"/> mittleres Kind 4 <input type="checkbox"/> ältestes Kind 9 <input type="checkbox"/> unbekannt

3. ANAMNESE (nur stationär/teilstationär)

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben ☐
 Aus anderen Gründen entfällt/nicht erhoben ☐

Komplikationen/Risikofaktoren ...**keine ☐**

1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt	
01 im Schwangerschaftsverlauf 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	05 Geburtsgewicht 1 <input type="checkbox"/> unter 1500 g
02 im Geburtsverlauf 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1500 g - 2499 g
03 im postpartalen Verlauf 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 2500 g - 4500 g
04 gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der ersten beiden Lebensjahre 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> über 4500 g
	9 <input type="checkbox"/> unbekannt

Störungen der kindlichen Entwicklung:**keine ☐**

1 = unauffällig, 2 = auffällig, 9 = entfällt/unbekannt	
06 Motorik: auffällig = Laufen erst nach dem 18. Monat 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
07 Sprache: auffällig = mit 18 Monaten (außer "Mama" und "Papa") nicht mehr als 4 Wörter 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
08 Sauberkeit: auffällig = mit 4 Jahren tags und nachts noch nicht sauber und trocken 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
09 Schwere Behinderungen oder Sinnesstörungen oder schwere chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes) mit Beginn oder während der Kindheit oder schwere Erkrankungen während der Kindheit mit Klinikaufenthalt (z.B. Tumoren, schwere Verletzungen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	

Menses:		entfällt, da männlich ■	
10 Menarche im Alter von (Lebensjahre): <input type="text"/> <input type="text"/> (88 = noch keine Menarche; 99 = unbekannt)		12 Sekundäre Amenorrhoe von mindestens 3 Monaten Dauer (bei aktueller Pilleneinnahme wird hier 8 = entfällt angekreuzt) 1□ nein 2□ ja (= sek. Amenorrhoe) 8□ entfällt (noch keine Menarche bzw. Pille) 9□ unbekannt Falls sekundäre Amenorrhoe seit Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> (88 = entfällt, 99 = unbekannt)	
11 Aktuelle Pilleneinnahme 1□ nein 2□ ja 9□ unbekannt			
Kindergarten:		entfällt, da niemals Kindergartenbesuch oder noch zu jung ■	
13 Gegenwärtig besuchte (sozial)pädagogische Einrichtung: 1□ keine 2□ Krippe/Krabbeltube/Kindergarten/-hort 3□ Sonderkindergarten/Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte 8□ andere 9□ unbekannt		14 Aktuelle oder frühere Störungen beim Besuch des Kindergartens/der Einrichtung (1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt) 14.1 Trennungsangst 1□ 2□ 9□ 14.2 Kontaktstörungen 1□ 2□ 9□ 14.3 hypermotorisches Verhalten 1□ 2□ 9□ 14.4 schlechtes Betragen/Aggression 1□ 2□ 9□ 14.5 andere: 1□ 2□ 9□	
Schule:		entfällt, da noch nicht schulpflichtig ■	
15 Einschulung: 1□ zeitgerecht 2□ vorzeitig 3□ zurückgestellt 9□ unbekannt 16 Klasse Nr.: (99 = entfällt) <input type="text"/> <input type="text"/>		17 Schulbesuch: (Mehrfachnennungen möglich) 1□ regelrecht 4□ umgeschult* 2□ einmal wiederholt 6□ Abbruch/ausgeschult 3□ mehrmals wiederholt 9□ unbekannt *("normale" Schulwechsel z.B. von Grundschule auf Realschule und Wohnortwechsel werden nicht als "Umschulung" gezählt).	
18 Gegenwärtig besuchte Schule: (Gesamtschule wenn möglich sinngemäß einstufen) 01□ Schulkindergarten/Vorklasse 02□ Grundschule 03□ schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe 04□ Hauptschule 05□ Realschule 06□ Gymnasium 07□ Differenzierung schulbedingt nicht möglich, (z.B. Waldorfschule, integrierte Gesamtschule) 08□ Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule		09□ Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte 10□ Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 11□ andere Sonderschulen 12□ Fach-/Berufsfachschule 13□ Fachhochschule/Universität 14□ vorzeitig ausgeschult 15□ aus anderen Gründen kein Schulbesuch 16□ Schule regulär beendet 99□ unbekannt	
19 Höchster erreichter Schulabschluß: 1□ kein Schulabschluß 2□ Sonderschule 3□ Hauptschule 4□ Realschule		5□ Abitur 6□ (Fach)Hochschule/Universität 8□ trifft alters- oder schulbedingt nicht zu 9□ unbekannt	
20 Schulbezogene Störungen: (1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt) 20.1 schlechtes Betragen/Aggressionen 1□ 2□ 9□ 20.2 Leistungsstörungen 1□ 2□ 9□ 20.3 Kontaktstörungen 1□ 2□ 9□ 20.4 Konzentrationsstörungen 1□ 2□ 9□ 20.5 Hypermotorisches Verhalten 1□ 2□ 9□ 20.6 Schulschwänzen 1□ 2□ 9□ 20.7 Schulverweigerung/Schulphobie/Schulangst .. 1□ 2□ 9□ 20.8 sonstige Schulstörungen 1□ 2□ 9□		21 Gegenwärtige Berufs-/Erwerbstätigkeit des Jugendlichen vor der jetzigen Aufnahme: 1□ noch nicht erwerbstätig 2□ erwerbsunfähig 3□ arbeitslos 4□ in Haft 5□ Beschützende Werkstatt 6□ Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr und ähnliches 7□ Berufsausbildung/berufstätig 9□ unbekannt	
Leibliche Eltern und Geschwister:		Information fehlt/unbekannt ■	
22 Leibliche Mutter: 1□ lebt 2□ gestorben 9□ unbekannt		23 Leiblicher Vater: 1□ lebt 2□ gestorben 9□ unbekannt	
25 Zahl der leiblichen Geschwister (einschließlich Halbgeschwister): (99 = unbekannt) <input type="text"/> <input type="text"/>		24 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern 1□ leben zusammen 4□ haben nie zusammengelebt 2□ getrennt/geschieden 9□ unbekannt 3□ durch den Tod getrennt	
		26 Zwilling/Mehrling: 1□ nein 2□ ja 9□ unbekannt 27 Nur ausfüllen, falls Zwilling/Mehrling: 1□ eineiig 2□ zweieiig 9□ unbekannt	

Familiäre Belastungen:Information fehlt/unbekannt ☐

(In jeder Spalte muß mindestens eine Nummer angekreuzt sein; in jeder Spalte sind Mehrfachnennungen möglich)

	28 leibl. Geschwister	29 leibl. Vater	30 leibl. Mutter
keine	01 <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>
Oligophrenien	02 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	03 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
Schizophrenien	04 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>
affektive Störungen (Depression/Manie)	05 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
neurotische und psychosomatische Erkrankungen	06 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>
hyperkinetisches Syndrom	07 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>
Legasthenie	08 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>
suizidale Handlungen	09 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>
Alkoholismus, Drogenmißbrauch	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Kriminalität	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
sonstige psychiatrische Erkrankungen	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
entfällt, da keine Geschwister	88 <input type="checkbox"/>		
keine Angaben, unbekannt	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

4. SYMPTOMATIK (Marburger Symptomskalen)
 Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben ☐
 Aus anderen Gründen nicht untersucht ☐

0 = nicht, 1 = minimal, 2 = leicht, 3 = deutlich, 4 = schwer

- 01 Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten (Lügen, Betrügen, Stehlen, Schul- und Arbeitsschwänzen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 02 Aggressivität (verbal, körperlich gegen Personen, Zerstörung von Sachen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 03 Kontaktstörung (Scheu, Kontaktangst, sozialer Rückzug, Mutismus, emotionale Distanz) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 04 Angst (allgemeine Ängstlichkeit, spezifische Ängste) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 05 Verstimmung (Neigung zu Verstimmung, depressive und dysphorische Symptomatik) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 06 Mangelnde Leistungshaltung (gestörtes Arbeitsverhalten, Unselbstständigkeit, mangelnde Leistungsmotivation) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 07 Übermäßige Leistungshaltung (übermäßige Leistungsmotivation, Perfektionismus, überangepaßtes Verhalten) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 08 Entwicklungsauffälligkeiten (Sprach- oder motorische Entwicklungsverzögerungen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 09 Psychomotorische Symptome (Automutilation, Haare ausreißen, Kratzen, Reiben, Stereotypen, Knirschen, Knabbern, Lutschen, Tics u.ä.) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 10 Hyperaktive Symptome (Impulsivität, motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 11 Einnässen/Einkoten 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 12 Körperliche Symptome I (Bauchbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 13 Körperliche Symptome II (Allergien, Atmungsstörungen, Hautaffektionen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 14 Störungen im Eßverhalten (Unlust, Verweigerung, Erbrechen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 15 Auffälligkeiten im Sprechfluß (Stottern, Poltern) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 16 Störungen im Realitätsbezug (Wahn, Halluzinationen, Depersonalisation, Derealisation, inhaltliche Denkstörungen) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 17 Zwangssymptome 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 18 Suizidales Verhalten (Suizidgedanken, Suizidversuche) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 19 Auffälligkeiten im Sexualverhalten keine Auffälligkeiten: 0 ☐ Auffälligkeiten vorhanden: 1 ☐
- 20 Drogen-/Alkoholmißbrauch 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 21 Organische Krankheiten/Behinderungen/Verletzungen 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- 22 Sonstige (unter 01-21 nicht erfaßte Symptomatik): 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

5. KÖRPERMASSE
 Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben ☐
 Aus anderen Gründen nicht untersucht ☐

- 01 bei Aufnahme: Gewicht in kg: Größe in cm:
- 02 bei Entlassung: Gewicht in kg: Größe in cm:
- (999 = unbekannt)

6. DIAGNOSEN

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben ☐
Aus anderen Gründen Diagnose nicht gestellt ☐

I. Achse - Klinisch-psychiatrisches Syndrom

keine ☐

1. Hauptdiagnose: ICD-10, 5-stellig: |F_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Sicherheitsgrad: 1 ☐ sicher 2 ☐ unsicher

2. Diagnose: ICD-10, 5-stellig: |F_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Sicherheitsgrad: 1 ☐ sicher 2 ☐ unsicher
(nur Komorbidität, keine Differentialdiagnose)

3. Diagnose: ICD-10, 5-stellig: |F_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Sicherheitsgrad: 1 ☐ sicher 2 ☐ unsicher
(nur Komorbidität, keine Differentialdiagnose)

II. Achse - Umschriebene Entwicklungsstörungen

keine ☐

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ F 80.0 Artikulationsstörung
- ☐ F 80.1 Expressive Sprachstörung
- ☐ F 80.2 Rezeptive Sprachstörung
- ☐ F 80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
- ☐ F 80.8 Sonstige Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache
- ☐ F 80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet

- ☐ F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- ☐ F 81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- ☐ F 81.2 Rechenstörung
- ☐ F 81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- ☐ F 81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet

- ☐ F 82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

- ☐ F 88 Andere Entwicklungsstörungen
- ☐ F 89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

III. Achse - Intelligenzniveau

- 1 ☐ sehr hohe Intelligenz IQ > 129
- 2 ☐ hohe Intelligenz IQ 115 - 129
- 3 ☐ durchschnittliche Intelligenz IQ 85 - 114
- 4 ☐ niedrige Intelligenz IQ 70 - 84
- 5 ☐ leichte Intelligenzminderung IQ 50 - 69
- 6 ☐ mittelgradige Intelligenzminderung ... IQ 35 - 49
- 7 ☐ schwere Intelligenzminderung IQ 20 - 34
- 8 ☐ schwerste Intelligenzminderung IQ < 20
- 9 ☐ Intelligenzniveau nicht bekannt

falls gemessen:

Testverfahren: _____
(Bei mehreren Tests das Hauptverfahren angeben)

IQ: |_|_|_|_|_|

IV. Achse - Körperliche Symptomatik

keine ☐

(Drei Klassifikationen möglich; die neurologische Diagnose an erster Stelle)

1. ICD-10, 5-stellig: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

2. ICD-10, 5-stellig: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

3. ICD-10, 5-stellig: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

V. Achse - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände		keine <input type="checkbox"/>
1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 8 = logisch nicht möglich; 9 = unbekannt		1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 8 = logisch nicht möglich; 9 = unbekannt
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen 1.0 Mangel an Wärme i.d. Eltern-Kind-Beziehung .. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1.1 Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1.2 feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber Kind 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1.3 körperliche Kindesmißhandlung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie 2.0 psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2.1 Behinderung eines Elternteils 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2.2 Behinderung der Geschwister 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 3. Inadäquate/verzerrte Intrafamiliäre Kommunikation 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4. Abnorme Erziehungsbedingungen 4.0 elterliche Überfürsorge 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4.3 unangemessene Anforderungen/Nötigungen durch Eltern 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5. Abnorme unmittelbare Umgebung 5.0 Erziehung in einer Institution 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5.1 abweichende Elternsituation 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5.2 isolierte Familie 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung . 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>		6. Akute, belastende Lebensereignisse 6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6.1 bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 6.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren 7.0 Verfolgung oder Diskriminierung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 7.1 Migration oder soziale Verpflanzung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 7.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8. Chronische Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit 8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/ Mitarbeitern 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder . 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhal- tensstörungen oder Behinderungen des Kindes 9.0 institutionelle Erziehung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9.1 bedrohliche Umstände infolge von Fremd- unterbringung 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9.8 andere 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VI. Achse - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme)	
<input type="checkbox"/> hervorragende/gute soziale Anpassung <input type="checkbox"/> befriedigende soziale Anpassung <input type="checkbox"/> leichte soziale Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> mäßige soziale Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> deutliche soziale Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> braucht beträchtliche Betreuung <input type="checkbox"/> braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung) <input type="checkbox"/> Information fehlt	

Diagnosenergänzende Liste	
(Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Suizidversuch <input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Adoleszentenkrise <input type="checkbox"/> Delinquenz	5 Nur ausfüllen bei Schizophrenie: Erste Krankheitsperiode? 1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja 9 <input type="checkbox"/> unbekannt

7. THERAPIE

entfällt/keine, nur Diagnostik ■

1 Psychotherapeutische Verfahren beim Kind:

keine ■

(Mehrfachnennungen möglich)

	keine	1-2	3-5	6-10	11-25	26-50	>50
1.1 tiefenpsychologisch fundierte Gesprächstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.2 tiefenpsychologisch fundierte Spieltherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.3 Verhaltenstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.4 klientenzentrierte Gesprächstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.5 klientenzentrierte Spieltherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.6 Entspannungsverfahren	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.7 andere psychotherapeutische Verfahren	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.8 Durchführungssetting der psychotherapeutischen Verfahren beim Kind:							
1□ nur Einzeltherapie							
2□ Einzel- und Gruppentherapie							
3□ nur Gruppentherapie							

2 Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/Familie:

keine ■

(Mehrfachnennungen möglich)

	keine	1-2	3-5	6-10	11-25	26-50	>50
2.1 Eltern- u. Familienberatung	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.2 Anleitende psychoedukative Eltern-/Familienarbeit	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.3 Familientherapie/systemische Therapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.4 patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide) ..	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.5 Elterngruppe	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.8 andere	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□

3 Weitere Therapien:

keine ■

(Mehrfachnennungen möglich)

	keine	1-2	3-5	6-10	11-25	26-50	>50
3.1 Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.2 Heilpädagogik	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.3 Krankengymnastik/Bewegungs-/ Moto-/Physiotherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.4 Logopädie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.5 Kunst-/Musiktherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.6 Sensomotorisches Training, Teilleistungstraining	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.7 Ernährungsberatung und -therapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.8 andere	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□

4 Medikamentöse Therapie:

keine ■

(Mehrfachnennungen möglich)

	keine	wirksame Medikation ohne besondere Probleme	mangelnde Wirkung/ Therapieresistenz	erhebl. unerwünschte Arzneimittelwirkungen
4.01 Neuroleptika (außer 4.02)	1□	2□	3□	4□
4.02 atypische Neuroleptika	1□	2□	3□	4□
4.03 Antidepressiva (außer 4.04)	1□	2□	3□	4□
4.04 SSRI	1□	2□	3□	4□
4.05 Lithium	1□	2□	3□	4□
4.06 Carbamazepin	1□	2□	3□	4□
4.07 andere Antikonvulsiva	1□	2□	3□	4□
4.08 Tranquillizer/Hypnotika	1□	2□	3□	4□
4.09 Stimulanzien	1□	2□	3□	4□
4.10 Antiparkinsonmittel (z.B. gegen neuroleptische Nebenwirkungen) ...	1□	2□	3□	4□
4.11 andere Psychopharmaka	1□	2□	3□	4□
4.12 medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen	1□ nein	2□ ja:		

5 Soziotherapeutische Maßnahmen:

keine ■

(Mehrfachnennungen möglich)

1 = nein, 2 = ja

5.1 Organisatorische Maßnahmen (z.B. Suche nach geeigneten Einrichtungen; Finanzierung von Maßnahmen)	1□	2□
5.2 Beratungen von Kindergarten/Schule	1□	2□
5.3 Beratungen von Heimen	1□	2□
5.4 Beratungen sozialer Dienste/Jugendämter	1□	2□
5.5 Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangesprächen	1□	2□
5.6 Beratungen von anderen Therapeuten	1□	2□
5.7 Hausbesuche/Home-treatment	1□	2□
5.8 Sonstiges	1□	2□

6 Beschulung während stationärer Behandlung:

(Mehrfachnennungen möglich)

- 1□ kein Schulbesuch während der stationären Behandlung
- 2□ Besuch der Klinikschule/Klinikunterricht
- 3□ Besuch einer externen Schule
- 8□ entfällt, da keine stationäre Behandlung

8. ENDE DER BEHANDLUNG		entfällt, da keine Behandlung ■	
1 Ende der Untersuchung/Behandlung: Datum:	Einschätzung der Kooperation von:		
2 Art der Beendigung: 1□ regulär 2□ vorzeitige Beendigung (Abbruch) durch Patienten/Eltern 3□ vorzeitige Beendigung durch Behandler	3 Eltern/ Bezugspersonen: 1□ gut 2□ mäßig gut 3□ schwach 4□ schlecht 8□ trifft nicht zu/entfällt	4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes): 1□ gut 2□ mäßig gut 3□ schwach 4□ schlecht 8□ trifft nicht zu/entfällt	
9. BEHANDLUNGSERGEBNIS		entfällt, da keine Behandlung ■	
1 Einschätzung des Behandlungserfolgs bezüglich der Symptomatik: 1□ völlig gebessert 2□ deutlich gebessert 3□ etwas gebessert 4□ unverändert 5□ verschlechtert 9□ nicht beurteilbar	2 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI bei Behandlungsende: 0□ hervorragende/gute soziale Anpassung 1□ befriedigende soziale Anpassung 2□ leichte soziale Beeinträchtigung 3□ mäßige soziale Beeinträchtigung 4□ deutliche soziale Beeinträchtigung 5□ deutliche und übergreif. (durchgängige) soz. Beeinträchtigung 6□ tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung 7□ braucht beträchtliche Betreuung 8□ braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung) 9□ Information fehlt		
10. EMPFOHLENE WEITERBEHANDLUNG/MASSNAHMEN		entfällt/keine weiteren Maßnahmen erforderlich ■	
1 Weiterbehandlung: keine ■ <small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small>		2 Hilfen nach KJHG: keine ■ <small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small>	
<i>kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung:</i> 1.01 ambulant 1□ 2□ 3□ 1.02 teilstationär 1□ 2□ 3□ 1.03 stationär 1□ 2□ 3□ <i>psychiatrische Behandlung:</i> 1.04 ambulant 1□ 2□ 3□ 1.05 stationär 1□ 2□ 3□ <i>andere medizinische Behandlung:</i> 1.06 ambulant 1□ 2□ 3□ 1.07 stationär 1□ 2□ 3□ 1.08 Pharmakotherapie 1□ 2□ 3□ <i>ambulante Therapieformen:</i> 1.09 Familientherapie 1□ 2□ 3□ 1.10 analytische/tiefenpsychologische Therapie 1□ 2□ 3□ 1.11 Verhaltenstherapie 1□ 2□ 3□ 1.12 klientenzentrierte Therapie 1□ 2□ 3□ 1.13 Ergotherapie 1□ 2□ 3□ 1.14 Gruppentherapie 1□ 2□ 3□ 1.15 Elterntherapie 1□ 2□ 3□ 1.16 andere 1□ 2□ 3□		2.01 Tagespflege (§23) 1□ 2□ 3□ 2.02 Erziehungsberatung (§28) 1□ 2□ 3□ 2.03 soziale Gruppenarbeit (§29) 1□ 2□ 3□ 2.04 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§20) 1□ 2□ 3□ 2.05 sozialpädagogische Familienhilfe (§31) 1□ 2□ 3□ 2.06 Erziehung in einer Tagesgruppe (§32) 1□ 2□ 3□ 2.07 Vollzeitpflege (§33) 1□ 2□ 3□ 2.08 Heimerziehung betreute Wohnformen (§34) 1□ 2□ 3□ 2.09 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35) 1□ 2□ 3□ 2.10 Eingliederungshilfe (§35a) 1□ 2□ 3□ 2.11 Hilfe für junge Volljährige (§41) 1□ 2□ 3□ 2.12 Inobhutnahme (§42) 1□ 2□ 3□ 2.13 Herausnahme ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43) 1□ 2□ 3□	
3 Außerhäusliche Unterbringung: keine ■ <small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small>		4 Pädagogische Maßnahmen/Schule keine ■ <small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small>	
3.1 Tagesstätte 1□ 2□ 3□ 3.2 Heim/betreute Wohngruppe 1□ 2□ 3□ 3.3 therapeutisches Heim/Wohngruppe 1□ 2□ 3□ 3.4 Internat 1□ 2□ 3□ 3.5 Pflegestelle/Adoption 1□ 2□ 3□		4.1 Sonderpädagogik/Förderung 1□ 2□ 3□ 4.2 Kindergarten/Hort 1□ 2□ 3□ 4.3 Rückversetzung 1□ 2□ 3□ Umschulung in: 4.4 Haupt-/Real-/Gesamtschule/Gymnasium 1□ 2□ 3□ 4.5 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte 1□ 2□ 3□ 4.6 Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte 1□ 2□ 3□ 4.7 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 1□ 2□ 3□ 4.8 sonstige Sonderschulen 1□ 2□ 3□ 4.9 Werkstatt für Behinderte 1□ 2□ 3□	

9.3 Auswertungsblatt für Krankengeschichten

ID: _____

I. Auffälligkeit in der Familiengeschichte (Angaben über die Familienkonstellation sind der Basisdokumentation zu entnehmen)

- 1) leibliche Eltern jemals geschieden/getrennt/nicht zusammenlebend
☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
- 2) ein Elternteil/Eltern dem Kind nicht bekannt
☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Grund: _____

- 3) jemals bei Pflege-/Adoptiveltern gelebt ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
 → Kind eine Trennung der Pflege-/Adoptiveltern miterlebt
☐₈ entfällt ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
- 4) frühe Heimerziehung (<12. Lj.) ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

II. Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten ersten Grades

- 1) Alkoholmissbrauch ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
- 2) Tablettenmissbrauch ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
- 3) Missbrauch illegaler Drogen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
- 4) psychiatrische Erkrankungen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Art der Erkrankung: _____

- 5) Suizidversuche ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

III. belastende Lebensereignisse in der Anamnese des Patienten

- 1) körperliche Misshandlung
 - in der Familie ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
 - außerfamiliär ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
- 2) sexueller Missbrauch/Vergewaltigung
 - in der Familie ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben
 - außerfamiliär ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

IV. jemals gezeigte Symptome des Patienten

1) illegaler Drogenkonsum des Patienten ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Substanzgruppe: _____

→ Abhängigkeit ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

2) Alkoholkonsum ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

→ Missbrauch ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

3) Tablettenmissbrauch ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

4) Nikotinkonsum ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Ausmaß: _____

5) Automutilation ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Art: _____

6) Suizidgedanken ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Inhalt: _____

7) konkrete Suizidvorbereitungen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Art: _____

8) Suizidversuche ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

Art: _____

Anzahl: _____

9) komorbide Symptome

- depressive Symptomatik ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

- Impulskontrollstörungen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

- Weglaufen/Streunen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

- Schulverweigerung/Schwänzen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

- Schlafstörungen ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

- Alptraumerleben ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

- sonstige komorbide Symptome ☐₁ ja ☐₀ nein ☐₉ keine Angaben

V. Intelligenz

☐₀ unterdurchschnittlich
☐₂ überdurchschnittlich

☐₁ durchschnittlich
☐₉ keine Angaben

VI. Körpermaße

1) Gewicht in kg: _____

2) Größe in cm: _____

3) Alter zum Zeitpunkt des Wiegens: _____

VII. Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

☐₁ 1 ☐₂ 2 ☐₃ 3 ☐₄ 4 ☐₅ 5 ☐₆ 6 ☐₇ > 6 ☐₉ nicht genau eruierbar

9.4 Instruktionen zur Bearbeitung des „Auswertungsblatts für Krankengeschichten“

Das „Auswertungsblatt für Krankengeschichten“ ist speziell erstellt worden, um bestimmte Angaben aus den Arztbriefen, Anamnesebögen und Beurteilungen von 41 Patienten, die im Zeitraum von 1992 bis 2002 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg stationär behandelt wurden und bei denen eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, genau und umfassend erheben zu können.

Damit das „Auswertungsblatt für Krankengeschichten“ korrekt bearbeitet werden kann, sind die vorliegenden Instruktionen zu beachten.

Allgemeine Instruktionen

1. Auswahl der auszuwertenden Dokumente

Bei den meisten Patienten sind mehrere Arztbriefe, Anamnesen oder Beurteilungen, die zu verschiedenen Zeitpunkten erstellt worden sind, vorhanden. In diesen Fällen werden alle Angaben aus den einzelnen Erhebungen in das Auswertungsblatt eingetragen, auch wenn die Angaben im aktuellsten Brief nicht mehr erwähnt werden oder sogar verneint werden.

Beispiele:

Beim Vater wird in einem frühen Arztbrief ein Alkoholmissbrauch angegeben, der im aktuellsten Arztbrief nicht mehr besteht („trocken“). Trotzdem wird bei Punkt II „Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten ersten Grades“ der Alkoholmissbrauch mit „ja“ bestätigt.

Bei einer Patientin wird in einem frühen Arztbrief eine depressive Symptomatik angegeben, die zum Zeitpunkt der letzten Aufnahme nicht mehr besteht. Trotzdem wird bei Punkt IV.9 „komorbide Symptome“ die depressive Symptomatik angegeben.

Die einzelnen Angaben sind also im Sinne eines „jemals vorhanden/stattgefunden“ zu sehen.

2. Entscheidung darüber, ob hinreichende Informationen zu einem bestimmten Merkmal vorliegen

Die einzelnen Arztbriefe, Anamnesebögen und Beurteilungen sind auf ihre Vollständigkeit zu prüfen, was retrospektiv nur relativ subjektiv erfolgen kann. Es ist also die Frage zu stellen, ob spezielle Teile der Anamnese angesprochen und auch umfassend erhoben worden sind. Dabei muss der subjektive Eindruck, der beim Lesen des Briefes entsteht, beachtet werden.

Ersteht der Eindruck von Vollständigkeit einzelner Teile, so kann auch bei Nichterwähnen eines Anamnesepunktes „nein“, im Sinne, dass dieser Punkt nicht vorhanden/nicht zutreffend war, angekreuzt werden. Erscheint ein Anamnesepunkt nicht erfragt worden zu sein oder, z.B. in der Familienanamnese, als bekannt vorausgesetzt worden zu sein, so muss „keine Angaben“ angekreuzt werden.

Beispiel:

Wird die Familienanamnese eines Patienten ausführlich beschrieben und mit keinem Wort ein stattgefunder sexueller Missbrauch in der Familie erwähnt, so wird bei Punkt III.2 „sexueller Missbrauch/Vergewaltigung in der Familie“ davon ausgegangen, dass kein familiärer Missbrauch stattgefunden hat. Es wird „nein“ angekreuzt.

Bei einer ausführlichen Schilderung der Lebenssituation des Patienten, die zwar Nikotin- und Alkoholkonsum des Patienten angibt, nicht aber einen Drogenkonsum, kann bei Punkt VI.1 „illegaler Drogenkonsum des Patienten“ „nein“ angekreuzt werden. Erscheint die Eigenanamnese jedoch lückenhaft, wird hierbei „keine Angaben“ angekreuzt.

Spezielle Instruktionen bei einzelnen Punkten:**I.2) „ein Elternteil/Eltern dem Kind nicht bekannt“:**

Dieser Punkt kann bejaht werden, wenn der Patient mindestens ein Elternteil noch nie gesehen hat und kein Kontakt besteht. Dies trifft z.B. zu für Kinder, die nach Zufallsbekanntschaften der Mutter keinen bekennenden Vater haben oder deren Väter zwar um die Existenz des Kindes wissen, aber jeglichen Kontakt ablehnen.

Ebenso kann dieser Punkt aber auch mit „ja“ bestätigt werden, wenn der Patient in einer frühen Lebensphase von seinen leiblichen Eltern getrennt wurde und seitdem kein Kontakt mehr besteht. Der Patient hat keinerlei Erinnerungen an seine leiblichen Eltern. Dies kann z.B. für Adoptiv-, Pflege-, Heim- und Findelkinder zutreffen, ebenso auch für Kinder, deren Eltern sich kurz nach der Geburt getrennt haben und ein Elternteil nun unauffindbar ist.

Der Grund, warum mindestens ein Elternteil dem Kind nicht bekannt ist, ist anzugeben.

I.3) „jemals bei Pflege-/Adoptiveltern gelebt“:

Falls der Patient lange Zeit bei den Großeltern oder anderen Verwandten gelebt hat, so sollte bei diesem Punkt auch „ja“ angekreuzt werden. Hat der Patient niemals bei Adoptiv-/Pflegeltern gelebt, so ist beim Unterpunkt „Kind eine Trennung der Pfleg-/Adoptiveltern miterlebt“ „entfällt“ anzugeben.

II) „Besonderheiten in der Kleinfamilie oder bei Verwandten ersten Grades“:

Bei allen fünf Punkten, die unter diese Überschrift fallen, ist sowohl bei den leiblichen Eltern und Geschwistern als auch in den Haushalten, in denen der Patient jemals gelebt hat, auf die genannten Vorkommnisse zu achten. So können bei einem Patienten, dessen leibliche Mutter an Schizophrenie erkrankt ist und dessen Adoptivmutter unter Tablettenmissbrauch leidet, die Unterpunkte „Psychiatrische Erkrankungen“ und „Tablettenmissbrauch“ bejaht werden.

Es geht also zum einen darum, ob der Patient jemals die genannten Unterpunkte miterlebt hat, und zum anderen um eine „Vorbelastung“ durch die Ursprungsfamilie.

III.1/2) „Körperliche Misshandlung“, „Sexueller Missbrauch/Vergewaltigung:

Beide Punkte unterscheiden noch einmal nach familiären und außerfamiliären Vorkommnissen. Dabei ist hier die Familie nicht nur auf die Kleinfamilie beschränkt, sondern bezieht auch Verwandte wie Onkel/Tante und Großeltern mit ein. Ebenso werden Stiefväter, die im Haushalt leben, zur Familie gerechnet, während z.B. wechselnde Partner der Mutter, die nicht fest im Haushalt integriert sind, unter den Punkt „außerfamiliär“ fallen. Inhaltlich sind beide Punkte weit zu fassen. So zählt auch eine Verwahrlosung des Kindes zur körperlichen Misshandlung und Petting ohne Penetration sowie sexualisiertes Berühren zum sexuellen Missbrauch.

Die körperliche Misshandlung bzw. der sexuelle Missbrauch/Vergewaltigung muss nicht zwingend bewiesen sein. Auch bei Vorliegen einer glaubhaften Anschuldigung durch den Patienten oder eine andere nahestehende Person kann dieser Punkt bejaht werden.

IV.1) „illegaler Drogenkonsum des Patienten“:

Hier soll eruiert werden, ob der Patient jemals illegale Drogen konsumiert hat, wobei auch ein einmaliger Gebrauch angegeben wird. Die Substanzgruppen sind, soweit erfahrbar, zu benennen. Der Unterpunkt „Abhängigkeit“ kann bejaht werden, wenn entweder in den Briefen von einer Abhängigkeit berichtet wird oder das Auftreten von Entzugserscheinungen geschildert wird.

IV.2) „Alkoholkonsum“:

Bei diesem Punkt wird angegeben, ob der Patient überhaupt Alkohol trinkt, unabhängig von der Menge. Mit „ja“ kann der Unterpunkt „Missbrauch“ z.B. dann bestätigt werden, wenn der Patient Alkohol gezielt einsetzt, um sich in größerem Umfang zu betrinken. Dabei muss es sich nicht zwangsläufig um eine Abhängigkeit handeln.

IV.5) „Automutilation“:

Unter Automutilation wird jegliche Form von selbstverletzendem Verhalten, das absichtlich durchgeführt wurde, verstanden. Die genaue Intention, z.B. Erregen von Aufmerksamkeit, Spannungsreduktion oder Nachahmung bleibt hier

unberücksichtigt. Die Art der Automutilation (Werkzeug, tief/oberflächlich, Körperstelle etc.) ist möglichst anzugeben.

IV.6) „Suizidgedanken“:

Dieser Punkt kann bejaht werden, wenn in den Briefen von irgendeiner Art geäußerter Suizidphantasien oder Suiziddrohungen durch den Patienten berichtet wird. Dies trifft auch zu, wenn der Patient sich sehr schnell wieder von diesen Äußerungen distanzieren kann oder sie scheinbar nur zur Erregung von Aufmerksamkeit eingesetzt hat. Sofern von dem genauen Inhalt der Suizidgedanken berichtet wird, ist dieser anzugeben.

IV.7) „konkrete Suizidvorbereitungen“:

Hier geht es um genaue Pläne und Vorbereitungen, einen Suizid zu begehen. Darunter fällt z.B. das Sammeln von Tabletten, Besorgen von zum Suizid geeigneten „Werkzeugen“, konkrete Zeitangaben des Suizids und Abschiedsbriefe. Sofern in der Anamnese von einem Suizidversuch berichtet wird, so können auch die konkreten Suizidvorbereitungen bejaht werden.

IV.8) „Suizidversuche“:

Dieser Punkt kann mit „ja“ beantwortet werden, wenn konkrete Suizidvorbereitungen in die Tat umgesetzt worden sind. So zählt beispielsweise das Klettern auf ein Baugerüst noch zu den konkreten Suizidvorbereitungen, während erst der Sprung als Suizidversuch bewertet wird.

IV.9) „komorbide Symptome“:

Hier soll besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, ob die Symptome „Depressive Symptomatik“, „Impulskontrollstörungen“, „Weglaufen/Streunen“, „Schulverweigerung/Schwänzen“, „Schlafstörungen“ und „Alpträumerleben“ in den Arztbriefen und Anamnesebögen erwähnt werden. Sämtliche weiteren komorbiden Symptome werden durch das Bejahen von „sonstige komorbide Symptome“ angegeben.

VI.) „Körpermaße“:

Bei allen Patienten, die zwischen 1992 und 1997 in die KJP Marburg aufgenommen worden sind, sind das Gewicht in kg, die Größe in cm und das Alter zum Zeitpunkt des Wiegens anzugeben, da diese Items erst seit 1998 in der Basisdokumentation aufgeführt sind.

VII) „Anzahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken“

Wenn in den auszuwertenden Briefen Angaben über die bisherigen stationären Aufenthalte gemacht werden, so sollte deren Anzahl angegeben werden. Sind diese Angaben nur vage und schwankt man zwischen zwei Werten, so sollte sich möglichst für einen Zahlenwert entschieden werden, um wenigstens einen Anhalt über die bisherige Behandlungsgeschichte zu erhalten. Nur wenn keine Anhalte über die bisherigen stationären Klinikaufenthalte zu finden sind, sollte „nicht genau eruierbar“ angekreuzt werden.

10. Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer an der Philipps- Universität Marburg waren folgende:

Dr. J. Adamkiewicz, Prof. Dr. R. Arnold, Prof. Dr. G. Aumüller, Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler, Prof. Dr. P.J. Barth, Prof. Dr. E. Baum, Prof. Dr. H. Christiansen, Prof. Dr. F. Czubayko, Prof. Dr. M. Eilers, Dr. B. Feuser, Prof. Dr. A. Geus, Prof. Dr. L. Gotzen, Prof. Dr. P. Griss, Prof. Dr. T.W. Gudermann, Prof. Dr. R. Happle, Prof. Dr. R. Hofmann, Prof. Dr. H. Jungclas, Prof. Dr. H.-D. Klenk, Prof. Dr. J. Koolmann, Prof. Dr. J.-C. Krieg, Prof. Dr. P. Kroll, Prof. Dr. R.E. Lang, Prof. Dr. R. Lill, Prof. Dr. B. Maisch, Dr. Dr. K. Mandrek, Prof. Dr. R. Moll, Dr. H.-H. Müller, Prof. Dr. Dr. U. Müller, Prof. Dr. R. Mutters, Prof. Dr. W.H. Oertel, Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt, Prof. Dr. H. Renz, Prof. Dr. M. Rothmund, Prof. Dr. S. Schmidt, Prof. Dr. H.W. Seyberth, Prof. Dr. B. Seitz, Prof. Dr. A. Studer, Prof. Dr. U. Wagner, Prof. Dr. E. Weihe, Prof. Dr. J.A. Werner, Prof. Dr. H. Wulf,

Meine akademischen Lehrer im Klinikum Fulda, Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg waren:

Prof. Dr. T. Bonzel, Prof. Dr. L. Spätling

Sowie im Klinikum der Universität des Staates Pernambuco, Brasilien:

Edmundo Machado Ferraz, M.D., Ph.D.

11.Danksagung

Ich möchte allen danken, die zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein Dank gilt Frau Prof. Dr. Becker, Herrn Prof. Dr. Dr. Remschmidt und PD Dr. Martin für die Möglichkeit, die vorliegende Arbeit in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Universität Marburg durchführen zu können.

Besonders danke ich Herrn Prof. Dr. Mattejat für seine Betreuung und Unterstützung. Die persönlichen Gespräche als auch die Doktorandenseminare waren für die Entstehung dieser Arbeit essentiell.

Herr Dipl.- Humanbiologe König und Frau Diplom-Statistikerin Dr. Heinkel-Gutenbrunner standen mir als Ansprechpartner bei Fragen bezüglich der Datenerhebung und der statistischen Auswertung tatkräftig zur Seite. Hierfür ein herzliches Dankeschön.

Frau Engel sei gedankt für die Eingabe der mittels der Basisdokumentation erhobenen Daten, was für mich sehr hilfreich war.

Eine große Hilfe war mir auch Rosalie Morisset beim Korrekturlesen und Formatieren der Arbeit. Ganz lieben Dank.

Nicht zuletzt danke ich meinen Eltern für Ihre vielfältige Unterstützung während meines Studiums und die Gewissheit, dass ich immer auf sie bauen darf.